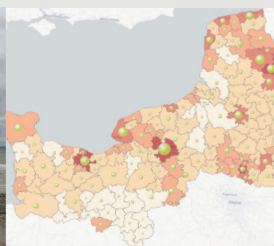
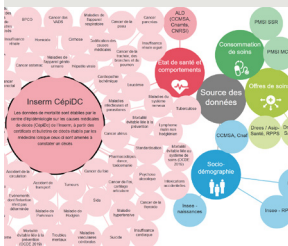


Rapport d'activité



OBSERVATOIRE RÉGIONAL
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL

2020

Rapport d'activité 2020

de l'observatoire régional
de la santé et du social

| | | |
|-----------------------------|--|---|
| PRÉAMBULE 5 | HISTORIQUE, MISSIONS, PARTENAIRES 9 | CONSEIL D'ADMINISTRATION & BUREAU 13 |
| LOCAUX & PERSONNEL 19 | MOYENS TECHNIQUES 25 | ASPECTS FINANCIERS 29 |
| ACTIVITÉ & TEMPS 33 | AU QUOTIDIEN 39 | PÔLE SANTÉ 43 |

PÔLE
SOCIAL

75

RECHERCHE
& DÉVELOPPEMENTS

85

COMMUNICATION
& DOCUMENTATION

97

SIGLAIRE
& TABLE DES MATIÈRES

109

PRÉAMBULE

2022 déjà en ligne de mire

Le 30 juin 2022, cela fera quarante ans que l'observatoire aura été créé par quelques aventuriers de la santé publique. Cela était plutôt novateur car le réseau était loin d'être achevé et l'ORS de Picardie n'était alors que le septième du nom.

Depuis, que de chemin parcouru avec toutes les transformations qui se sont additionnées au cours du temps ! Ainsi, l'élargissement à la dimension sociale à travers l'ajout d'un deuxième S à son sigle fut la première évolution notable au début du XXI^e siècle. Puis, le pourtour de son territoire d'intervention s'est agrandi : dans un premier temps à la Haute-Normandie et, avec la loi Notre, à un territoire encore plus vaste allant de la Belgique au Mont-Saint-Michel. Cela représente une taille de population d'un septième de la France, de quoi mesurer des différences territoriales importantes comme l'atteste une grande partie de l'activité.

Les transformations se sont faites aussi en termes de méthodes d'analyse et, pour y arriver, de nouveaux outils ont été créés pour gérer des bases de données de plus en plus volumineuses. Ces mutations ont aussi nécessité une autre organisation de l'équipe, tant individuelle que collective, dans un contexte de sécurité de l'information qui s'est profondément modifié. En effet, il faut que l'observatoire s'inscrive dans les obligations du règlement général sur la protection des données (RGPD) mais aussi dans les procédures imposées par le système national des données de santé (SNDS), l'ORS2S faisant partie des organismes y ayant un accès permanent depuis la loi de modernisation de notre système de santé de 2016.

C'est enfin le besoin de mener des approches innovantes pour être en mesure de répondre aux défis de la santé publique d'aujourd'hui et de demain, la Covid-19 nous montrant au quotidien le besoin d'être en permanence à la fois réactif et inventif.

Dans un contexte général où la qualité des bases de données a plutôt tendance à se dégrader, le suivi de milliers d'indicateurs sanitaires et sociaux ayant pour objectif d'être renseignés sur différentes échelles territoriales (parfois fines) nécessite une attention permanente rigoureuse. D'autant que les informations croisées se doivent de s'attacher à faire ressortir les liens existants entre indicateurs sanitaires et sociaux. Cela est apparu comme un besoin criant à travers l'épisode pandémique comme l'ont révélé plusieurs travaux tant nationaux qu'internationaux. L'étude réalisée par la Fnors au printemps 2020 a en tout cas fait ressortir que les quelque 1 250 EPCI français n'étaient pas à la même enseigne quant à la situation pandémique du fait de facteurs sociaux et environnementaux fort diversifiés. De fait, ce type d'étude a pour objet de prioriser les territoires sur lesquels l'action publique se doit d'être davantage planifiée, notamment en ciblant au mieux les populations les plus exposées aux facteurs de risque.

La nécessité de construction d'indicateurs toujours plus à même d'approcher la réalité sociale, exige de fait des informations les plus interprétables possible. Dans ce contexte, l'application *Agit* que l'ORS2S développe depuis nombre d'années permet des déclinaisons adaptées à la diversité de ses

utilisateurs, allant parfois du novice dans certains domaines traités à l'expert. De façon plus large, cela s'inscrit dans une amélioration permanente de son système d'information. C'est dans ce cadre que l'ORS2S a élaboré de nouveaux partenariats, que ce soit depuis quelques années avec le centre régional d'informatique et d'applications numériques de Normandie (Criann) pour y installer ses serveurs ou utiliser son super ordinateur, que, plus récemment avec l'université de Paris Dauphine pour développer de nouvelles méthodes d'analyses statistiques et de traitement de la donnée dans un environnement *Big Data*.

Dans ce contexte, l'autorisation du 15 avril 2021 de la Commission nationale d'informatique et des libertés (Cnil) permettant à l'ORS2S et à la Fnors de pouvoir mettre en œuvre des traitements automatisés à des fins de recherche, d'étude et d'évaluation nécessitant un accès aux données des causes médicales de décès (CépiDc) s'avère essentielle. Cette autorisation porte sur la période 2000-2020 en sachant qu'il faudra refaire une nouvelle demande d'ici trois ans qui passera par un audit externe et une décision d'homologation d'ici la fin 2022. Espérons que l'expérience acquise lors de cette première étape offrira moins d'attente entre dépôt et acceptation que celle qui vient de s'achever.

En cela, on mesure combien il est compliqué de rester en parfaite adéquation avec toutes les nouveautés que le numérique nous offre. Se posent cependant toujours les mêmes questions : À qui souhaite-t-on

laisser l'accès aux bases de données, notamment de santé dont on s'enorgueillit, sans pour autant que soit menée une réflexion sur l'efficacité dans l'accompagnement de la politique de santé ?

Qui peut/doit avoir accès aux données de façon générale ? Et dans quelles limites ?

L'*Open data* qui consiste en l'ouverture, au partage et à la réutilisation des données publiques constitue une dimension importante de la politique de modernisation de l'action publique, mais elle n'est pas la seule. Cette ouverture ne répond en effet que d'une façon minimaliste à l'élaboration d'une politique de santé qui soit réellement à même de prioriser les actions à un échelon territorial fin. La question de l'anonymat des personnes est difficile à respecter dès lors que l'analyste dispose par ailleurs d'informations cumulatives, indirectement identifiantes, telles que l'âge, le lieu de résidence, le genre... Cette préoccupation devient nécessairement plus qu'obligée lorsque l'échelle de la zone d'étude se réduit. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle l'outil offert aux ORS n'autorisera plus la production de résultats avec des effectifs de moins de dix personnes comme l'a demandé la Cnil pour les données de mortalité.

En 2022, l'OR2S aura donc quarante ans, un âge où les exigences professionnelles deviennent souvent plus importantes mais aussi où les maladies chroniques font leur première apparition. Dans ce contexte, l'OR2S se doit de répondre aux premières en retardant au maximum les secondes, ce qui ne peut passer que par un renforcement de son expertise interne et par une ouverture à de nouveaux partenaires. En tout cas, c'est le chemin incontournable pour que se renforce une observation de la santé et du social indépendante et à même d'accompagner toujours mieux les décideurs à différents niveaux territoriaux pour agir en fin de comptes sur la réduction des inégalités sociétales de santé, mentionnée dans toutes les politiques depuis deux décennies.

HISTORIQUE, MISSIONS, PARTENAIRES

Historique

L'observatoire régional de santé de Picardie a été fondé sous la forme d'une association loi 1901 en juin 1982, à l'initiative du médecin inspecteur régional de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Picardie et première présidente, M^{me} le D^r Lilly Weibel.

Deux présidentes et cinq présidents se sont succédé depuis à la tête de l'association :

le P^r Alain Dubreuil, le D^r Jacques Liénard, le D^r Louis Kremp, le P^r Bernard Risbourg, le P^r Odile Kremp, le D^r Joseph Casile et le D^r Élisabeth Lewandowski.

L'assemblée générale extraordinaire du 6 juin 2006 a modifié son intitulé en le transformant en observatoire régional de la santé et du social de Picardie. Celle du 19 mai 2014 a élargi son territoire d'intervention à la Haute-Normandie.

Missions

Sa mission est d'améliorer la connaissance de la population dans le domaine sanitaire et social aux plans régional et infra-régional :

- en inventoriant les diverses sources de données sanitaires et sociales et en effectuant l'analyse critique de celles-ci, notamment de leur validité ;
- en suscitant et (ou) en réalisant des études apparaissant nécessaires ;
- en valorisant et en diffusant l'information sous une forme accessible aux différents partenaires (décideurs, professionnels de santé et du secteur social, usagers), notamment en participant à des actions de formation ;
- en conseillant les promoteurs locaux d'enquêtes dans la définition des protocoles et en réalisant les enquêtes : quantitatives et qualitatives ;

- en participant à toutes les actions relevant des domaines de la santé et du social mises au point par différents intervenants et en proposant la réalisation de telles actions ;

- en participant à l'évaluation technique d'actions et de programmes ;

- en contribuant à la mise en œuvre de programmes nationaux ou inter-régionaux définis par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors).

Les destinataires sont naturellement les instances régionales et infra-régionales de Normandie et des Hauts-de-France chargées des décisions en matière de politique sanitaire et sociale, les professionnels de santé et du secteur social mais aussi, de façon plus large, l'ensemble de la population des dix départements situés au sein des deux régions.

Partenaires

| | Régional* | National | International |
|-------------------------|--|---|---|
| Politico-administratifs | <ul style="list-style-type: none"> • Préfectures/Sgar • ARS • Drees • Insee • Rectorats - Services départementaux de l'éducation nationale • Universités • Délégations aux droits des femmes • Dreal • Conseils régionaux • Conseils économiques, sociaux et environnementaux régionaux • Cire • Conseils départementaux • Mairies • EPCI | <ul style="list-style-type: none"> • Ministère des Solidarités et de la Santé • Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion • Ministère des Outre-mer • DGS • DGOS • DGCS • Drees • SGMAS • ANSP-Santé publique France • INCa • Aih • Miledca - OFDT • Insee | <ul style="list-style-type: none"> • Union européenne • Province de Namur • Province du Hainaut |
| Protection sociale | <ul style="list-style-type: none"> • Cnam • MSA • Mutualités • Carat • Caf | <ul style="list-style-type: none"> • Cnam • CCMSA • Cnaf • Mutualité française | |
| Professionnels | <ul style="list-style-type: none"> • URPS <ul style="list-style-type: none"> • Médecins libéraux • Chirurgiens-dentistes • Pharmaciens d'officine • Services de santé du travail • Centres hospitaliers publics et privés • Centres d'examen de santé • Ireps • Aract • Uriopss - Réseaux régionaux de cancérologie • Facultés de médecine et de pharmacie • Fas • Corevih • Criann | <ul style="list-style-type: none"> • Fnors - ORS • FHF | <ul style="list-style-type: none"> • Observatoire de la santé du Hainaut • Réseau francophone international de promotion de la santé (Rérips) • OFBS |

* Hauts-de-France et Normandie.

Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789

Les administrateurs et le personnel de l'OR2S s'engagent à :

- promouvoir les principes inscrits dans le préambule de la charte régionale et des valeurs républicaines par différents moyens et sous différentes formes permettant d'attester de la prise en compte et de la diffusion desdits principes : affichage, communications publiques, manifestations dédiées, intégration dans les règles de fonctionnement de la structure et plus généralement toute initiative permettant de retracer les actions de l'association en faveur du respect et de la promotion desdits principes.
- réfléchir aux moyens de faire vivre la réflexion sur la laïcité au sein de la structure.
- proscrire, dans le fonctionnement de l'OR2S et dans la mise en œuvre des projets qu'elle porte, toutes les violences et toutes les discriminations.
- promouvoir une culture du respect et de la compréhension de l'autre.

Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789

Les Représentants du Peuple Français, constitués en Assemblée Nationale, considérant que l'ignorance, l'oubli ou le mépris des droits de l'Homme sont les seules causes des maux publics et de la corruption des Gouvernements, ont résolu d'exposer, dans une Déclaration solennelle, les droits naturels, inaliénables et sacrés de l'Homme, afin que cette Déclaration, constamment présente à tous les Membres du corps social, leur rappelle sans cesse leurs droits et leurs devoirs ; afin que les actes du pouvoir législatif, et ceux du pouvoir exécutif, pouvant être à chaque instant comparés avec le but de toute institution politique, en soient plus respectés; afin que les réclamations des citoyens, fondées désormais sur des principes simples et incontestables, tournent toujours au maintien de la Constitution et au bonheur de tous.

En conséquence, l'Assemblée Nationale reconnaît et déclare, en présence et sous les auspices de l'Être suprême, les droits suivants de l'Homme et du Citoyen.

Art. 1^{er} : Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune.

Art. 2 : Le but de toute association politique est la conservation des droits naturels et imprescriptibles de l'Homme. Ces droits sont la liberté, la propriété, la sûreté, et la résistance à l'oppression.

Art. 3 : Le principe de toute Souveraineté réside essentiellement dans la Nation. Nul corps, nul individu ne peut exercer d'autorité qui n'en émane expressément.

Art. 4 : La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres Membres de la Société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la Loi.

Art. 5 : La Loi n'a ni le droit de défendre que les actions nuisibles à la Société. Tout ce qui n'est pas défendu par la Loi ne peut être empêché, et nul ne peut être contraint à faire ce qu'elle n'ordonne pas.

Art. 6 : La Loi est l'expression de la volonté générale. Tous les Citoyens ont droit de concourir personnellement, ou par leurs Représentants, à sa formation. Elle doit être la même pour tous, soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse. Tous les Citoyens étant égaux à ses yeux sont également admissibles à toutes dignités, places et emplois publics, selon leur capacité, et sans autre distinction que celle de leurs vertus et de leurs talents.

Art. 7 : Nul homme ne peut être accusé, arrêté ni détenu que dans les cas déterminés par la Loi, et selon les formes qu'elle a prescrites. Ceux qui sollicitent, expédient, exécutent ou font exécuter des ordres arbitraires, doivent être punis ; mais tout citoyen appelé ou saisi en vertu de la Loi doit obéir à l'instant : il se rend coupable par la résistance.

Art. 8 : La Loi ne doit établir que des peines strictement et évidemment nécessaires, et nul ne peut être puni qu'en vertu d'une Loi établie et promulguée antérieurement au délit, et légalement appliquée.

Art. 9 : Tout homme étant présumé innocent jusqu'à ce qu'il ait été déclaré coupable, s'il est jugé indispensable de l'arrêter, toute rigueur qui ne serait pas nécessaire pour s'assurer de sa personne doit être sévèrement réprimée par la loi.

Art. 10 : Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la Loi.

Art. 11 : La libre communication des pensées et des opinions est un des droits les plus précieux de l'Homme : tout Citoyen peut donc parler, écrire, imprimer librement, sauf à répondre de l'abus de cette liberté dans les cas déterminés par la Loi.

Art. 12 : La garantie des droits de l'Homme et du Citoyen nécessite une force publique : cette force est donc instituée pour l'avantage de tous, et non pour l'utilité particulière de ceux auxquels elle est confiée.

Art. 13 : Pour l'entretien de la force publique, et pour les dépenses d'administration, une contribution commune est indispensable : elle doit être également répartie entre tous les citoyens, en raison de leurs facultés.

Art. 14 : Tous les Citoyens ont le droit de constater, par eux-mêmes ou par leurs représentants, la nécessité de la contribution publique, de la consentir librement, d'en suivre l'emploi, et d'en déterminer la quotité, l'assiette, le recouvrement et la durée.

Art. 15 : La Société a le droit de demander compte à tout Agent public de son administration.

Art. 16 : Toute Société dans laquelle la garantie des Droits n'est pas assurée, ni la séparation des Pouvoirs déterminée, n'a point de Constitution.

Art. 17 : La propriété étant un droit inviolable et sacré, nul ne peut en être privé, si ce n'est lorsque la nécessité publique, légalement constatée, l'exige évidemment, et sous la condition d'une juste et préalable indemnité.

CONSEIL D'ADMINISTRATION & BUREAU

En application de l'article 9 des statuts, le conseil d'administration de l'observatoire régional de la santé et du social est composé de la manière suivante :

- 18 membres de droit ou mandatés par leurs pairs, représentant l'État, les collectivités locales et territoriales, la Sécurité sociale, les mutualités, les structures de soins et différents organismes des secteurs sanitaire et social ;
- 16 membres élus, issus de l'assemblée des adhérents, professionnels de santé ou du secteur social, éligibles par tiers chaque année.

18 membres de droit

- Conseil régional des Hauts-de-France, M. Xavier Bertrand, Président
- Conseil régional de Normandie, M^{me} Françoise Guégot, Vice-Présidente enseignement supérieur, recherche, innovation
- Conseil départemental de l'Aisne, M^{me} Michèle Fuselier, Vice-Présidente
- Conseil départemental de l'Oise, M^{me} Nadège Lefebvre, Présidente
- Faculté de médecine d'Amiens, M. le P^r Gabriel Choukroun, Doyen
- Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités des Hauts-de-France, M. Patrick Olivier, Directeur
- Rectorat d'Amiens, M. Raphaël Muller, Recteur
- Direction régionale de l'Institut national de la statistique et des études économiques des Hauts-de-France, M. Jean-Christophe Fanouillet, Directeur
- Conseil économique, social et environnemental régional des Hauts-de-France, M. Laurent Degroote, Président
- Caisse d'assurance retraite et de santé au travail Nord - Picardie, M. Jérôme Lefebvre, Président
- Direction régionale du service médical Nord - Pas-de-Calais - Picardie, M. le D^r Jean-Marc Vandendriessche
- Direction générale de la Mutualité sociale agricole de Picardie, M^{me} Katie Hautot, Directrice générale
- Caisses d'allocations familiales de Picardie, M. Thierry Marcotte, Directeur de la Caisse d'allocations familiales de la Somme
- Mutualité française des Hauts-de-France, M. Christophe Bertin, Vice-Président
- Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif des Hauts-de-France, M^{me} Corinne Darré-Bérenger, Déléguée régionale
- Fédération hospitalière de France en Hauts-de-France, M^{me} Sophie Delmotte, Directrice du groupe hospitalier de Seclin Carvin
- Union régionale des professionnels de santé médecins des Hauts-de-France, M. le D^r Philippe Chazelle, Président
- Union régionale des professionnels de santé chirurgiens-dentistes des Hauts-de-France, M. Thomas Balbi, Président

Par ailleurs, la directrice générale du centre hospitalier universitaire d'Amiens-Picardie, le directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France, le directeur général de l'agence régionale de santé de Normandie et la directrice régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Normandie sont invités aux assemblées générales et conseils d'administration sans voix délibérative.

16 membres élus

- M. le Pr Jean-Pierre Canarelli, chirurgien pédiatre retraité, président de la CRSA Hauts-de-France, président du conseil territorial de santé de la Somme, membre du CCES de la Haute Autorité de santé, Amiens
- M. le Dr Joseph Casile, médecin retraité, Président de l'ADSMHAD 80, Amiens
- M. Hugues Deniele, président de la Fas Hauts-de-France
- M. le Dr Pierre Eletufe, médecin généraliste en retraite, Saint-Ouen
- M. le Dr Maxime Gignon, Professeur de santé publique, Faculté de médecine, médecin hospitalier CHU Amiens-Picardie
- M. le Dr André Lokombe Leke, médecin responsable du service de médecine néonatale et réanimation pédiatrique, CHU Amiens-Picardie
- M. Christophe Leman, Président de l'UFSBD Hauts-de-France, Saint-Quentin
- M^{me} le Dr Élisabeth Lewandowski, médecin responsable du Dim, CHU de Rouen
- M^{me} Colette Michaux, maire, Liomer
- M. Mickaël Naassilla, Directeur Grap Inserm Eri24, Amiens
- M^{me} Nicole Naudin, Vice-présidente du groupe Pasteur mutualité de l'Aisne, Château-Thierry
- M^{me} Aline Osman-Rogelet, intervenante du champ social, Amiens
- M. Daniel Puechberty, Président du Criann, Saint-Étienne-du-Rouvray
- M. Henri Rocoulet, ancien administrateur MSA, Flavigny-le-Grand-Beaurain
- M^{me} Laëtitia Rollin, Médecin du travail, Maître de conférence des universités, Praticien hospitalier, CHU de Rouen
- M. le Dr Jean-Marie Sueur, pharmacien biologiste, Saint-Quentin

Le conseil d'administration a élu sa présidente et six administrateurs pour faire partie du Bureau dans sa séance du 17 mai 2021 parmi lesquels les fonctions suivantes ont été attribuées :

- un vice-président ;
- un trésorier et une trésorière-adjointe ;
- une secrétaire et un secrétaire-adjoint ;
- un membre sans attribution spécifique.

Le Bureau se réunit en fonction des besoins. Il peut faire appel à toute personne de l'OR2S ou extérieure, pour répondre à une démarche spécifique, notamment dans l'élaboration scientifique de projets. Par ailleurs, il s'est entouré de M. Yoann Cailloin, expert-comptable pour toute la comptabilité. Celle-ci est ensuite transmise à M. Pascal Wizel, commissaire aux comptes au cabinet Eurotec, qui contrôle les résultats de l'exercice depuis l'exercice 2020.

Le Bureau¹



PRÉSIDENTE
D^r ÉLISABETH LEWANDOWSKI
*Médecin responsable du Dim,
CHU de Rouen*



VICE-PRÉSIDENT
P^r JEAN-PIERRE CANARELLI
*Chirurgien pédiatre retraité,
Président de la CRSA Hauts-de-
France
Président du conseil territorial de
santé de la Somme
Membre du CCES de la Haute
Autorité de santé, Amiens*



SECRÉTAIRE
NICOLE NAUDIN
*Vice-présidente du groupe
Pasteur mutualité de l'Aisne*



SECRÉTAIRE-ADJOINT
D^r MAXIME GIGNON
*Professeur de santé publique,
Faculté de médecine, médecin
hospitalier, CHU Amiens-Picardie*



TRÉSORIER
D^r ANDRÉ LOKOMBE LEKE
*Médecin responsable du
service de médecine néonatale
et réanimation pédiatrique,
CHU d'Amiens-Picardie*



TRÉSORIÈRE-ADJOINTE
COLETTE MICHAX
Maire de Liomer



PIERRE ELETUFE
Médecin généraliste en retraite

¹ situation au 17 mai 2021.

LOCAUX & PERSONNEL

Locaux

Depuis février 1991, l'observatoire régional de la santé de Picardie, puis l'OR2S, se situe au deuxième étage du bâtiment F de la faculté de médecine, 3, rue des Louvels à Amiens. Il dispose de six pièces.

Personnel

En 2020, seize personnes ont travaillé tout au long de l'année :

- un directeur, démographe-statisticien (100 % équivalent temps plein) ;
- un directeur-adjoint, sociologue (80 % équivalent temps plein) ;
- une directrice des études, statisticienne (100 % équivalent temps plein) ;
- une médecin de santé publique (40 % équivalent temps plein) ;
- un informaticien responsable développement et support informatique (100 % équivalent temps plein) ;
- un informaticien responsable architecture des systèmes d'information (100 % équivalent temps plein) ;
- une ingénieure alimentation et santé (80 % équivalent temps plein au premier semestre puis 50 % au second semestre) ;
- une démographe (80 % équivalent temps plein) ;
- une sociologue-démographe, démarche qualité (100 % équivalent temps plein) ;
- une technicienne de bases de données (100 % équivalent temps plein) ;
- une psychologue (80 % équivalent temps plein) ;
- une géographe (66 % équivalent temps plein) ;
- un développeur informatique (50 % équivalent temps plein) ;

Par ailleurs, un local situé 145, route de Paris à Amiens permet d'accueillir une partie du personnel, essentiellement le personnel d'études. Outre un espace d'accueil et de restauration, il comprend six bureaux et une salle de réunion et de visioconférence.

- un développeur informatique (50 % équivalent temps plein) ;
- une responsable administrative (100 % équivalent temps plein) ;
- une secrétaire PAO sites internet (100 % équivalent temps plein).

Pour compléter cette équipe, l'OR2S a reçu la contribution, en 2020, de treize autres personnes salariées sur diverses périodes :

- un statisticien (100 % équivalent temps plein pendant huit mois) ;
- un statisticien (100 % équivalent temps plein pendant cinq mois) ;
- un épidémiologiste (100 % équivalent temps plein pendant sept mois) ;
- une épidémiologiste (80 % équivalent temps plein pendant un demi-mois) ;
- une responsable antenne rouennaise (100 % équivalent temps plein pendant deux mois) ;
- une statisticienne (80 % équivalent temps plein pendant trois mois) ;
- un sociologue (100 % équivalent temps plein pendant deux mois) ;

Depuis fin 2013, un local de trois pièces au sein de l'Atrium (espace régional de découverte scientifique et technique depuis le 7 mars 2019, ex Pôle régional des Savoirs) est mis à disposition de l'OR2S par le conseil régional de Normandie (de Haute-Normandie jusqu'à la fin 2015) pour son antenne (située au 115, boulevard de l'Europe à Rouen).

- un développeur informatique (100 % équivalent temps plein pendant deux mois puis à 50 % pendant trois mois et demi) ;
- un technicien de données (100 % équivalent temps plein pendant six mois) ;
- un concepteur graphique (22 % équivalent temps plein pendant huit mois) ;
- trois personnes sur quelques jours pour des travaux d'entretien et pour de la collecte d'information.

À cela, il faut encore rajouter le bénévolat de certains administrateurs, et tout particulièrement de la présidente.

Pôle administratif



DIRECTEUR
ALAIN TRUGEON



DIRECTEUR-ADJOINT
PHILIPPE LORENZO



SOUS-DIRECTRICE
NADÈGE THOMAS



RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
MARTINE RODRIGUÈS

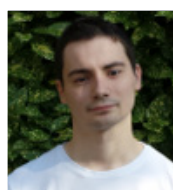


CHARGÉE DE LA PAO
ET DES SITES INTERNET
SYLVIE BONIN



PSYCHOLOGUE
DÉLÉGUÉE À LA PROTECTION
DES DONNÉES
MARIE GUERLIN

Pôle informatique



RESPONSABLE
DÉVELOPPEMENT ET SUPPORT
INFORMATIQUE
JÉRÔME LEMAIRE



ARCHITECTE DES SYSTÈMES
D'INFORMATION
GUILLAUME CHIVOT



DÉVELOPPEMENT
INFORMATIQUE
LÉO NOIRET



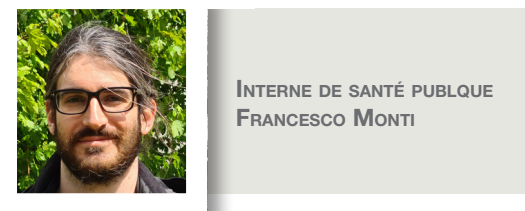
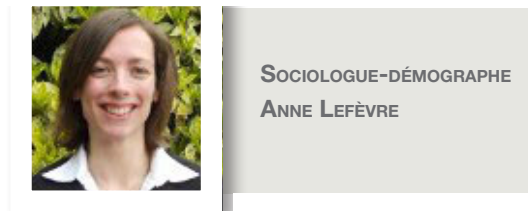
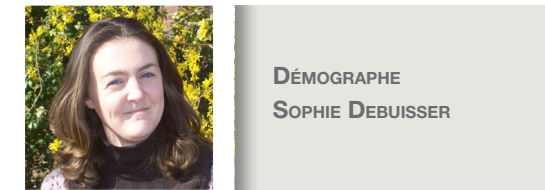
DÉVELOPPEMENT
INFORMATIQUE
GAUTHIER TOMALA



DÉVELOPPEMENT
INFORMATIQUE
JOSEPH DONGNY

¹ situation au 17 mai 2021

Pôle études et bases de données



MOYENS TECHNIQUES

Hardware

L'intégralité des ordinateurs (Macintosh et PC) est en réseau ce qui permet une sauvegarde automatique quotidienne. L'ensemble de la capacité des disques durs représente plusieurs centaines de To. Trois cubes de sauvegarde, deux fois huit disques de 3 To et une fois huit disques de 4 To, permettent de dupliquer l'ensemble du contenu des serveurs et des ordinateurs de l'OR2S. Ainsi, l'OR2S dispose de cinq serveurs PC (biprocresseurs - 2x4 cores 64 Go, 2x6 cores 144 Go, 2x8 cores 393 Go, 2x8 cores 768 Go, 2x10 cores 768 Go et 1x8 cores 128 Go de mémoire vive). En 2020, deux ordinateurs portables ont été acquis : un Macbook pro et un Dell XPS. Par ailleurs un Nas de 32 To complète au local route de Paris le dispositif de sauvegarde.

Un contrat passé avec Canon comprend une imprimante photocopieur couleur faisant également office de fax. Ce matériel, incluant un scanner, a été mis en fonctionnement au début 2017. Une imprimante Canon acquise en 2013 est également utilisée à l'antenne normande ; elle présente des caractéristiques voisines du modèle Amiénois. En 2014, un module de finition a été acquis pour permettre notamment la réalisation de brochures sur le site rouennais.

Software

Pour les logiciels, l'OR2S a acquis le pack Office en version multiposte Mac et PC, un logiciel de PAO (Adobe® InDesign®), deux logiciels de bases de données (Microsoft® Office Access 2010 et SQL Server 2014), un logiciel de DAO (Adobe® Illustrator®), un logiciel de reconnaissance optique (Remark) et un

logiciel de montage photographique (Adobe® PhotoshopCS®). D'autres logiciels sont également très ciblés et répondent à des tâches bien spécifiques : Spad 8.2 et Stata™14 (logiciels pour le traitement statistique des données), NVivo 10 (logiciel d'analyse des données qualitatives) et Stat/Transfer 11 (logiciel permettant de convertir des fichiers de données en différents formats). L'environnement de développement Microsoft® Visual studio pro 2017, un logiciel de gestion des feuilles de paie Winfip+ et le logiciel de téléassistance TeamViewer sont aussi utilisés. De nombreux logiciels ont été actualisés ou de nouvelles licences achetées en 2020. Les sauvegardes quotidiennes sont effectuées sur les ordinateurs (Macintosh et PC) grâce au logiciel Syncrify. Une sauvegarde manuelle est assurée en complément *via* des disques durs externes.

L'OR2S utilise en outre des logiciels open source, tels que Thunderbird (client mail), ou Firefox (navigateur internet), le logiciel R (traitement statistique), Spyder (environnement de développement pour Python), la suite bureautique Libre Office, KeePass, Gimp (DAO)...

Autres matériels internes et externes

L'OR2S dispose d'un matériel de vidéo-projection portable et d'un appareil d'enregistrement numérique, notamment utilisé lors de la tenue des différentes instances (AG et CA) et pour les travaux de nature qualitative pour les entretiens collectifs. Par ailleurs, l'OR2S, situé au sein du pôle santé de la faculté de médecine à Amiens, a la possibilité d'utiliser des ou-

tils numériques et informatiques en matière de vidéo ainsi que des moyens offerts par le service de reprographie. À l'Atrium, l'antenne normande dispose également de certaines facilités : centre de documentation commun, salles de réunions modulables insonorisées dotées de vidéoprojecteurs, accès *wifi* et amphithéâtre d'une capacité d'environ 80 places assises équipé d'un système de retransmission en *streaming*.

Dans le cadre du partenariat avec le Criann, quatre serveurs et deux Nas (Network attached storage) ont été acquis et installés à la fin 2018 dans une baie située dans une armoire informatique de leur espace sécurisé. Les quatre serveurs ont les caractéristiques suivantes : un de deux processeurs de 14 cœurs chacun et de 192 Go de Ram, une réplique de ce serveur d'un processeur de 4 cœurs et de 48 Go de Ram, un serveur avec deux processeurs ayant chacun 20 cœurs et 768 Go de Ram et un serveur avec deux processeurs de 14 cœurs et 192 Go de Ram. Les Nas ont, pour le premier, douze disques durs de 4 To et le deuxième comprend six disques durs de 4 To. Par ailleurs, des licences Windows serveurs ont été acquises qui couvrent au total 100 cœurs et une licence SQL Server complète le soft local. En 2019, l'infrastructure au Criann s'est modifiée à travers l'acquisition de deux serveurs de réplique (un serveur avec deux processeurs ayant chacun 20 cœurs et 768 Go de Ram et un serveur avec deux processeurs de 14 cœurs et 192 Go de Ram) et deux serveurs de développement (deux processeurs de 8 cœurs et 128 Go de Ram chacun).

ASPECTS FINANCIERS

Évolution du budget et des financeurs

Le graphique ci-dessous permet de distinguer plusieurs périodes dans l'évolution budgétaire de l'ORS puis de l'OR2S depuis sa création (30 juin 1982) :

- la première période qui va de 1983¹ à 1985 est la mise en place de la structure avec une masse financière qui va logiquement s'accroître, du fait notamment du recrutement de salariés ;
- la deuxième commence en 1986 et va jusqu'en 1990 avec une érosion lente des moyens de l'ORS. La diminution des crédits affecte aussi bien l'enveloppe de l'État que celle des autres partenaires ;
- la troisième a démarré en 1991 avec une croissance relativement linéaire jusqu'en 2004 qui correspond

à une augmentation conjointe de la participation de l'État et du nombre accru de partenaires, avec également l'intégration d'un deuxième programme transfrontalier de santé dans le cadre d'Interreg III en 2003² ;

- la période suivante comprend les années 2005 à 2009, marquée par une relative stabilité des produits et des charges, hormis 2008 ;

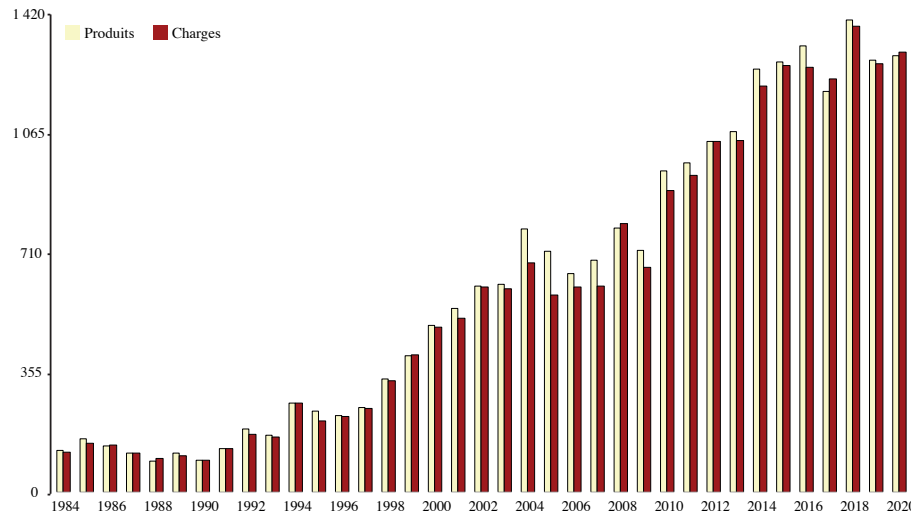
- entre 2010 et 2015, une augmentation des produits est à nouveau constatée d'une année sur l'autre. Elle a été sensible en 2014 du fait de l'implication de plusieurs acteurs haut-normands ;

- depuis 2016, la situation apparaît différente d'une année sur l'autre avec un niveau des produits en 2020 au plus bas depuis 2012.

L'épisode de la Covid a nécessité des reports de travaux qui ont entraîné logiquement une réduction des produits, soit qu'ils ont été annulés soit qu'ils ont été reportés sur l'exercice 2021.

Toutefois, les charges en 2020 se sont maintenues à un niveau équivalent du fait de la reprise de charges sur les exercices antérieurs pour le projet GeDiDoT en raison de travaux non réalisés, d'une part, et de charges qui devaient faire partie initialement des dépenses acceptées par la Feder et refusées en cours de projet (taxes sur les salaires, frais de déplacement...) Cela a pour conséquence un déficit qui ne concerne toutefois pas sur la seule année 2020 ; il aurait dû être réparti, pour partie, sur les années 2017 à 2019.

Évolution des produits et des charges de l'ORS Picardie, puis de l'OR2S, entre 1984 et 2020 (sans les engagements à réaliser sur subventions attribuées et les charges sur les exercices antérieurs)



Source : OR2S

¹ compte tenu des moyens non utilisés, le budget de 1983 n'est pas présenté volontairement sur le graphique.

² l'année 1994 est spécifique compte tenu de l'organisation du congrès national des ORS, impactant aussi les produits de 1995.

ACTIVITÉ & TEMPS

Personnel et horaires de travail

Le tableau page suivante permet de visualiser la répartition des heures de travail pour chaque personne ayant exercé une activité à l'OR2S en 2020, grâce à la comptabilité analytique temps mise en place depuis de nombreuses années. Quelque 28 715 heures ont été effectuées au cours de l'année, comprises entre les 170 de moins que l'exercice précédent et les 200 de plus que l'année 2018 qui avait enregistré le nombre d'heures effectivement travaillées le plus faible depuis le début de la deuxième décennie des années deux mille. Tout compris, cela correspond à l'équivalent de 18 personnes à temps plein sur l'ensemble de l'année, sans tenir compte des heures qui ont été réalisées par certains administrateurs à titre bénévole, tout particulièrement la présidente, le trésorier ou encore la secrétaire générale.

L'effectif des personnes ayant exercé une activité, soit sur l'ensemble de l'année, soit sur une partie de celle-ci, est de l'ordre de celui de l'année passée (vingt-neuf). Toutefois, trois personnes ont eu une activité minimale au cours de l'année (15 heures ou moins) et donc l'effectif sur lequel tablé est plutôt de vingt-six pour 2020 (à comparer aux vingt-six de 2018 et vingt-quatre de 2017). Cet effectif reste bien moindre que ceux d'années antérieures (trente ou plus entre 2013 et 2015). Il faut par ailleurs mentionner que des heures supplémentaires (pour un total annuel de 254) ont pu/dû être effectuées par dix salariés, pour permettre parfois le rendu de projets dans les temps impartis, mais aussi pour pallier les difficultés de recrutement pour certains travaux nécessitant des compétences spécifiques. Ce total d'heures est inférieur à celui constaté les dernières années et, de façon plus générale, inférieur plus sensiblement à ceux des années de la période 2010-2015.

En analysant plus finement la répartition des diverses tâches et compte tenu du RGPD et du SNDS, la sécurisation des données et les développements d'outils spécifiques représentent l'activité la plus importante au sein de l'OR2S avec près de 7 400 heures travaillées. À cela, il faut d'ailleurs ajouter l'expertise, la conception et la gestion des bases de données pour un peu plus de 800 heures, partie de l'activité qui a toutefois tendance à se réduire par rapport aux exercices précédents : un peu plus de 1 000 heures en 2019, 1 900 heures en 2018 et surtout plus de 3 000 heures pour chacun des cinq exercices précédents. Au final, le total des heures travaillées pour ces deux activités complémentaires pour la gestion des bases de données est inférieur de 1 000 heures à ceux des deux années précédentes qui s'avéraient être les plus importants jamais constatés. Le nombre de personnes impliquées pour cette partie est parallèlement conséquent : 17 personnes l'ont été dont près des trois cinquièmes (10) ont consacré plus de 300 heures, deux salariés dépassant même les 1 500 heures de travail sur ce travail.

En dehors de ces tâches liées à la gestion des bases de données et aux développements informatiques s'y associant, l'activité qui arrive ensuite a trait au recueil *Jesais* qui approche les 3 000 heures de travail en 2020, soit 400 de plus qu'en 2019. Un accompagnement important a été mené auprès des infirmier(ère)s tout au long de l'année et plusieurs documents ont été publiés. Avec près de 2 000 heures, l'accompagnement du Pôle métropolitain Artois Douaisis à l'élaboration d'un diagnostic santé apparaît ensuite. La *Plateforme sanitaire et sociale*, action menée en liaison étroite avec l'Anthropo-Lab, laboratoire de l'université catholique de Lille, se situe globalement au niveau de *Jesais*, et à 100 heures près de l'activité 2019. Outre le travail mené par Julien Salingue de ce laboratoire, il faut rajouter à ces heures, celles des membres du Groupe

projet, et celles indirectes qui sont comprises dans la maintenance du site internet et des bases de données. La gestion des tâches diverses de fonctionnement et la démarche qualité ont nécessité un temps moindre par rapport aux années précédentes, diminuant un peu plus chaque année : un peu moins de 1 300 heures en 2020 et pourtant quelques tâches supplémentaires liées à la Covid-19 ont pourtant été nécessaires. *GéDiDoT* était dans sa dernière année et même sur une demi-année puisqu'il s'est achevé le 30 juin. Il a quand même représenté une activité importante de plus de 1 100 heures. La pandémie a toutefois empêché la tenue d'un colloque de clôture prévu à Valenciennes à la fin avril. Enfin, le dernier travail à avoir représenté plus de 1 000 heures en 2020 concerne les diagnostics territoriaux au nombre de trois en 2020 : Amiens, Montreuillois et Aire cantilienne. Toutefois, le travail mené autour de la thèse sur la géopolitique de la santé approche ce seuil avec 988 heures. Plusieurs autres travaux sont à mentionner dont tous se sont effectués sur le périmètre normand (*EnJEU Santé*, *Agit* et la *plateforme Néo*) ; ils représentent tous plus de 800 heures. Six autres projets ont entraîné une activité comprise entre 470 et 620 heures : diagnostic sur la communauté de communes de Caux-Austreberthe, analyse des problématiques territoriales, Stop aux violences conjugales, accompagnement de la MSA Picardie, *Evrest*, analyse des effets de la Covid-19 sur l'activité des professionnels de santé lors du premier confinement et l'enquête gériatrie. En additionnant le travail mené dans les Hauts-de-France et en Normandie, l'analyse du *Baromètre santé* 2017 dépasse également les 600 heures. L'analyse du recueil qualitatif mené pour l'URPS des chirurgiens-dentistes et le travail sur l'aide alimentaire en Seine-Maritime approchent quant à eux les 400 heures.

Tous les autres travaux se situent sous les 200 heures.

Heures effectuées en 2020 suivant le projet

Répartition des heures effectuées en 2020 par le personnel de l'OR2S suivant l'activité

| Heures | Albou Lucas (1) | Alix Cindy | Balcaen Thibaut | Bomin Sylvie | Bouzarar Malika (2) | Chivot Guillaume | Dago Amaël (3) | Debuisser Sophie | Dongry Joseph | Etancelin Frias (4) | Gauthiez Cecile | Guerin Olivia (5) | Guerin Marie | Lelaire Yannick (6) | Lefebvre Angélique (7) | Lefèvre Anne | Lemaire Jérôme | Lorenzo Philippe | Michelot François (8) | Noiret Léo (9) | Preudhomme Grégoire (10) | Rodriguez Martine | Saïb Maïdi-Salim (11) | Schymik Laurent (12) | Thienpont Céline | Thomas Nadège | Tomata Gauthier | Trugeon Alain | Van Paemelen Lou (4) | Total |
|--|-----------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|------------------|----------------|------------------|---------------|---------------------|-----------------|-------------------|--------------|---------------------|------------------------|--------------|----------------|------------------|-----------------------|----------------|--------------------------|-------------------|-----------------------|----------------------|------------------|---------------|-----------------|---------------|----------------------|-------|
| Gestion, tâches diverses de fonctionnement, démarche qualité | 30 | | | 227 | 15 | | | 36 | | | | | 15 | | 39 | 34 | 23 | 67 | 38 | | | 680 | | 35 | 88 | | 50 | | 1 376 | |
| Fédération nationale des ORS, ORS, OFBS, Refips | | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | 69 | 2 | | | 20 | | 30 | 8 | | 5 | | 164 | |
| PF2S | 124 | 70 | | 192 | | | | 102 | | | | | | | | 500 | 434 | | | | | | | 36 | 72 | | 330 | | 1 859 | |
| Développement SCORE-Santé | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 72 | | 72 | |
| Sécurisation des données et développement d'outils de traitement | 447 | 816 | 300 | 12 | 1 907 | 535 | 28 | 953 | | | | | 144 | | 49 | 486 | 36 | 3 | 120 | | | 35 | | | 335 | 985 | 214 | | 7 405 | |
| Jesais | 166 | 23 | | 131 | | | | | | | | | | | | 180 | | | | 351 | 437 | 580 | | 80 | 330 | 280 | | 380 | 2 937 | |
| État de santé bucco-dentaire | | | | 3 | | | 105 | | | | | | 98 | | | 91 | 33 | | | | | | | | | 4 | 65 | | 398 | |
| Approche territoriale : analyse et approfondissement des problématiques de santé sur les territoires | | 6 | | 405 | | | | 71 | | | | | 2 | 20 | | 1 | 5 | | | | | | | | | | 60 | | 594 | |
| MCP, Cotec, Atlas | | | | | | | | | | | | | | | | 19 | | | | | | | | | 144 | | 12 | | 190 | |
| Expertise, conception et gestion des bases de données | | 685 | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 120 | 24 | | 837 | |
| Agit (N) | | | | | | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 36 | 835 | |
| Evrest (N) | | | | 16 | | | | | | | | | | | 175 | | | 5 | 1 | | 225 | 5 | | | | 80 | | 8 | 514 | |
| Baromètre santé (N) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 144 | | 40 | 24 | | | | | 208 | |
| Santé en milieu carcéral (N) | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | 9 | |
| Outil AAP (N) | 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | 102 | |
| EnJEU Santé (N) | 5 | | | 131 | | | | | | | | 70 | | | | | 39 | | 1 | 40 | | 80 | | 20 | 435 | 16 | 36 | | 872 | |
| Plateforme Neo (N) | 39 | | | | | | | 71 | | | | | 3 | 8 | 16 | | 62 | 269 | | | 182 | 118 | 80 | 50 | 28 | 20 | | 945 | | |
| Gériatrie | | | | 23 | | | | | | | | | | | | 404 | | | | | | 15 | | | | 4 | 16 | | 474 | |
| GéDiDoT | | | | 144 | | | | 389 | | | | | | | | 70 | 185 | 180 | | | | | | | | 158 | | | 1 125 | |
| Accompagnement Direccte (N) | | | | 8 | | | | 3 | | | | | | | | | 16 | | 1 | | | | | | | 48 | 24 | | 204 | |
| PAEJ (N) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 95 | |
| PMAD | 32 | 4 | | 202 | | | | 74 | | | | | 850 | | 359 | 200 | | | | | | 15 | 20 | | 48 | 80 | | | 1 883 | |
| Caux-Austreberthe | | | | 201 | | | | 38 | | | | 67 | 56 | | 42 | 49 | | | | | | 10 | 20 | | 24 | | 120 | | 626 | |
| Accompagnement MSA | | | | | | | | 305 | | | | 51 | 2 | | 77 | 94 | | | | | | 5 | | | 40 | | | | 574 | |
| Baromètre santé | | 1 | | | | | | 114 | | | | | | | | | | | | | 217 | | | 28 | | 32 | 16 | | 407 | |
| Aide alimentaire Seine-Maritime | | | | | | | | | | | | 35 | 250 | | 66 | 15 | | | | | | | | | | | 4 | | 370 | |
| Aide alimentaire (N) | | | | 16 | | | | | | | | 92 | | | 20 | 23 | | | | | | 6 | | | | | 4 | | 161 | |
| Covid19 | 10 | | 300 | 16 | | | | | | | | | | 2 | 10 | | 40 | | | | | | 38 | | 24 | 36 | 10 | | 496 | |
| Observatoire santé environnement | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 80 | | | 12 | | | 108 | |
| Diagnostics 3 territoires | 370 | 1 | | | | | 180 | | | | | | | | | | | | | | | | 360 | 12 | | 32 | 80 | | 1 044 | |
| Géoterritoires | | | | | | | | 10 | | | | | | | | 44 | | | | | | | | | | 26 | 16 | | 96 | |
| Stop violences conjugales (N) | | | | | | | | | | | | | | | | 371 | | | | | | | | 28 | 160 | 16 | | | 575 | |
| Formation, Webinaire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 88 | | | | 88 | |
| Territoires témoins | | | | | | | | 71 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | 12 | | 87 | |
| Géopolitique de la santé | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 988 | |
| Total | 1 178 | 1 694 | 600 | 1 723 | 15 1907 | 840 | 1 316 | 953 | 10 | 988 | 70 | 1 358 | 346 | 334 | 1 730 | 1 730 | 1 430 | 331 | 511 | 1 262 | 1 660 | 858 | 290 | 1 032 | 1 799 | 985 | 1 756 | 10 28 | 715 | |

Source : OR2S

(1) du 1^{er} mars au 30 juin et à partir du 20 novembre, (2) du 10 juin au 30 juin, (3) du 20 janvier au 10 juillet, (4) le 22 décembre, (5) jusqu'au 17 janvier, (6) à partir du 2 novembre, (7) jusqu'au 31 mars, (8) jusqu'au 29 février, (9) du 8 juin au 14 août et à partir du 14 septembre, (10) à partir du 4 mai, (11) du 4 mai au 30 novembre, (12) du 1^{er} mars au 30 juin

Évolution des heures travaillées suivant la nature de l'activité

Avec 28 715 heures travaillées, l'année 2020 se situe avec un nombre de même ordre que ceux des trois exercices précédents. Cela faisait suite, après une baisse conséquente (de l'ordre de 10 % en 2017 par rapport à 2016, voire plus au regard de 2015 qui aura été l'année la plus prolifique dans toute l'activité de l'OR2S).

Avec plus de 11 000 heures travaillées, la partie « Études » représente le nombre d'heures le plus important de l'activité 2020, moindre toutefois à celui de l'année passée qui approchait les 14 000 heures ; cette partie représente 39 %, soit neuf points de moins qu'en 2019. Ce pourcentage était de 38 % en moyenne sur les deux exercices 2017 et 2018 pour un nombre également de 11 000 heures.

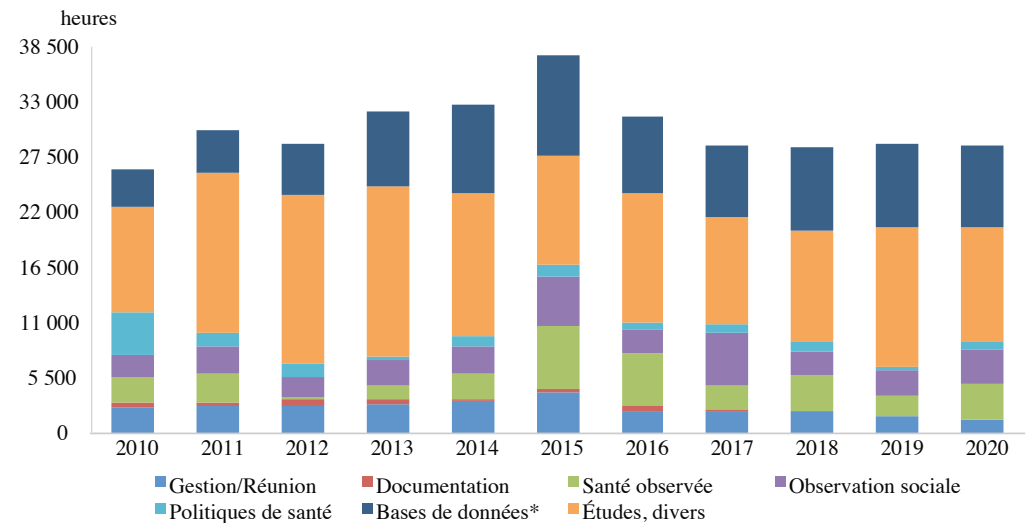
Les bases de données constituent le deuxième pôle d'activité le plus important au sein de l'OR2S avec un peu plus de 8 200 heures, soit un nombre quasi identique à celui des deux exercices précédents. Cela prend en compte le travail engagé depuis 2018 sur la sécurisation ayant trait au SNDS, au RGPD et au passage du matériel et des produits au Criann. Cela représente pour l'exercice 2020 comme pour les deux précédents 29 % de l'activité.

L'observation sociale apparaît ensuite dans l'activité avec un nombre d'heures supérieur à celui de l'exercice précédent : 3 334 heures en 2020 contre 2 544 en 2019 ; ce nombre aurait dû être plus élevé mais la pandémie a empêché, notamment côté des Hauts-de-France que certaines activités initialement programmées se déroulent effectivement. La dynamique *Santé observée* est remontée par rapport à 2019 avec un nombre d'heures de l'ordre de celui de l'année 2018 passant les 3 500 heures, soit 12 % de l'activité en 2020, au niveau du pourcentage 2018.

Enfin, il en va de même pour tout ce qui a trait aux aspects de gestion et aux réunions qui ont vu le nombre d'heures passer pour la première fois depuis une quinzaine d'années sous les 1 500 heures. Cela représente une part pour cette partie de 5 % alors qu'elle était de 8 %, voire de plus de 10 % par le passé.

La fonction de documentation s'est réduite progressivement à mesure du temps, dans une complémentarité avec celle de l'Ireps dans le cadre du pôle de compétence en éducation pour la santé. Elle n'est plus présente en 2020 comme les deux dernières années. Enfin, dernier point, la politique de santé représente, en 2020, 3 % comme cela a pu se produire quelle que fois par le passé.

Évolution du nombre d'heures annuelles de travail effectivement réalisées depuis 2010 en fonction de la nature de l'activité



Source : OR2S

* comprend le traitement des bases de données et la maintenance des sites internet, des bases de données et les développements informatiques.

AU QUOTIDIEN

Gestion

Une partie de l'activité de l'OR2S est logiquement consacrée aux tâches courantes de gestion de la structure qui peuvent être distribuées en deux groupes :

- l'enregistrement des écritures financières (qui sont transmises ensuite au cabinet d'expertise comptable), l'établissement des fiches de paie, le remplissage des bordereaux concernant les charges sociales et l'écriture de la DADS ;
- une partie administrative qui comprend les courriers, la préparation des réunions (assemblée générale, conseil d'administration, bureau), leurs comptes rendus et la réalisation du rapport d'activité. L'organisation administrative des *Plateformes* (Copil, Groupe projet, comité de suivi) en fait également partie. Par ailleurs, sont prises en compte dans cette partie les tâches d'entretien des locaux et toutes les fonctions ne pouvant être comptabilisées dans un autre poste, notamment les réponses aux appels à projets ou les contacts préalables à de potentielles actions.

Réunions - Formations

L'OR2S est appelé à participer à des réunions, soit au titre de consultant, soit au titre de représentant d'organisation. Peuvent être citées, pour l'exercice 2020, les réunions des ARS, du Ceser Hauts-de-France, des Direccte notamment dans le cadre du comité régional d'orientation des conditions de travail (Croct) du groupe permanent régional d'orientation des conditions de travail (GPRO), des Ireps, de l'OFBS et d'instances nationales : Fnors, DGS, Drees, ANSP et INCa.

Sont également à prendre en compte les sollicitations de l'équipe de l'OR2S pour faire des présentations lors de séminaires ou de colloques, même si celles-ci ont été quasi-inexistantes en 2020 du fait de la pandémie.

Par ailleurs, l'équipe intervient au cours de formations, soit initiales, soit continues, à l'université et dans des écoles paramédicales ou du secteur social. Cette activité reste cependant marginale en regard des demandes potentielles. Enfin, l'OR2S réalise des formations pour l'utilisation des outils qu'il propose et/ou des dispositifs qu'il anime (*cf.* p. 89).

Savoir, faire, savoir faire et faire savoir

La raison principale d'existence de l'OR2S est de produire des analyses à partir de données provenant, soit de recueils mis en place en interne, soit de sources d'information existantes. À partir de ce socle de base, il est possible de découper cette mission en deux types de réponses. Le premier se rapporte aux deux missions éponymes de l'OR2S : la santé, d'une part, et le social, d'autre part, même si la frontière est souvent difficile à délimiter. Le second a trait à toute structure qui se situe, dans le domaine de la recherche-action : d'un côté, assurer le développement et trouver de nouveaux outils pour que les analyses soient toujours plus efficaces et, de l'autre côté, faire que les productions soient le plus largement et le plus efficacement diffusées auprès des publics ciblés.

Outre le siglaire permettant le décryptage des nombreux sigles présents dans ce document, le rapport d'activité est découpé en quatre chapitres :

- le pôle santé, partie la plus conséquente compte tenu de l'histoire, traite de toutes les questions de santé, soit à partir des bases de données existantes au sein d'autres organismes, soit à partir d'outils de recueil mis en place spécifiquement ;
- le pôle social, le plus souvent dans le cadre des travaux des *Plateformes sanitaires et sociales*, s'intéresse aux caractéristiques sociales de la population, essentiellement à partir des bases de données existantes ;
- le pôle recherche et développement est axé sur les outils informatiques développés, sur les diverses méthodes d'interrogation des populations ciblées par les recueils, sur les méthodes de calcul d'indicateurs et de traitement des données ;
- le pôle communication et documentation se décline sous plusieurs formes : sites internet, journées de rencontre, offre documentaire, diffusion de lettres d'information, interventions, formations et production de documents.

PÔLE SANTÉ

Mortalité

Par l'intermédiaire de la Fnors, l'OR2S dispose des données de mortalité depuis 1979 pour l'ensemble de la France, les dernières données disponibles étant celles de 2015. Elles sont issues des certificats et bulletins de décès collectés par le CépiDc de l'Inserm auprès des médecins lorsque ceux-ci sont amenés à constater un décès.

Depuis 1968, le CépiDc de l'Inserm est chargé d'élaborer annuellement la statistique nationale des causes médicales de décès en collaboration avec l'Insee. Lors d'un décès, le médecin établit un certificat de décès en deux volets. La partie supérieure, utilisée pour la déclaration à l'état civil, est nominative. La partie inférieure est anonyme et comporte, en dehors des renseignements médicaux, la commune de décès, la commune de domicile, la date de naissance et la date de décès. Les informations médicales recueillies portent sur les causes du décès et permettent au médecin de décrire le processus morbide ayant conduit au décès en partant de la cause initiale jusqu'à la cause terminale ; d'éventuels états morbides ou physiologiques associés peuvent également être précisés. Le certificat de décès est remis à la mairie de la commune de décès où est détachée et conservée la partie supérieure nominative. Un bulletin de décès est alors établi par l'officier d'état civil à la mairie, comportant notamment les caractéristiques socio-démographiques de la personne décédée.

Ces données apportent des informations sur les causes du décès et sur les caractéristiques socio-démographiques de la personne décédée : année et mois de décès, commune de décès, commune de domicile, lieu de décès (domicile, établissement hospitalier, clinique, voie publique...), état matrimonial, PCS, genre, âge, nationalité et nombre de jours vécus.

Ces données individuelles portent sur l'ensemble des décès des personnes domiciliées en France ou des décès survenus sur le territoire de personnes non domiciliées en France. Les causes de décès sont codées suivant la classification internationale des maladies (Cim), celle-ci étant révisée périodiquement. Depuis 2000, elles le sont à partir de la dixième révision. C'est la raison pour laquelle l'analyse des évolutions par cause a nécessité un travail de correspondance entre la version actuelle et la précédente (Cim 9). Différentes requêtes ayant pour objet l'obtention d'indicateurs pour de nombreuses causes ont également été réalisées. Ainsi, outre les décès toutes causes, de nombreux indicateurs peuvent être calculés par cause, suivant une finesse plus ou moins importante. Il est aussi possible d'avoir, à titre d'exemple, les décès pour l'ensemble des cancers et, de manière plus fine, par localisation cancéreuse.

Les données de mortalité ont été intégrées à l'outil de calcul¹ et des formules mises en place pour obtenir des indicateurs agrégés sur plusieurs années. Ces formules portent sur le nombre de décès, la proportion, les taux (bruts et standardisés suivant les méthodes directe et indirecte et suivant l'âge ou l'âge et le genre). Des tests de significativité adaptés aux formules de taux proposées sont élaborés pour effectuer des comparaisons entre zones géographiques, périodes ou par genre. Des formules permettant une aide à l'interprétation plus aisée et rapide ont également été déployées. Elles combinent la notion de différentiel de mortalité en regard d'une zone géographique (France, région...) et de significativité. La standardisation peut se faire parallèlement à celle sur la population française à partir de la population européenne dite de 2010. Les formules permettant le calcul d'espérance de vie ont également été développées.

Plus spécifiquement en 2020, des formules ont été mises en place pour obtenir : l'intervalle de confiance du taux standardisé et du différentiel de mortalité, ainsi que la valeur du coefficient de variation.

Par ailleurs, les formules permettant d'obtenir des indicateurs lissés géographiquement ont été enrichies pour permettre plus de possibilité² (disposer de l'information autour de la significativité des taux standardisés). Enfin, suite à la parution d'une nouvelle définition de la mortalité évitable (OCDE/Eurostat) en novembre 2019, des formules ont été mises en place.

La démarche entreprise au printemps 2019 auprès de la Cnil, menée conjointement avec la Fnors, pour que l'OR2S puisse disposer dans son entrepôt des bases brutes de mortalité a obtenu une issue favorable en avril 2021. Ceci va impliquer la mise en place de formules spécifiques pour répondre aux exigences de diffusion de l'information pour ce système fils du SNDS.

Ce travail est la base préliminaire pour disposer de nombreux indicateurs permettant d'alimenter les bases d'indicateurs disponibles en *open data* (SCORE-Santé³ au niveau national, celle de la *Plateforme sanitaire et sociale* en Hauts-de-France⁴ et de *Neo* en Normandie⁵), des espaces sécurisés accessibles aux partenaires *via* un *login* et un mot de passe personnalisés (*Agit*⁶) et les états des lieux territorialisés.

¹ pour plus de précisions, cf. p. 89.

² pour plus de précisions, cf. p. 95.

³ pour plus de précisions, cf. p. 72.

⁴ pour plus de précisions, cf. p. 79.

⁵ pour plus de précisions, cf. p. 80.

⁶ application de gestion des indicateurs territorialisés, pour plus de précisions, cf. p. 90.

Morbidité - Affections de longue durée

Par l'intermédiaire de la Fnors, l'OR2S dispose des données nationales des affections de longue durée (ALD), de 2005 à 2019 pour les admissions et de 2010 à 2019 pour le total des ALD des trois principaux régimes d'assurance maladie¹ : régime général (Cnam), régime agricole (CCMSA) et régime des indépendants (CNRSI).

En cas d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites « de longue durée » (ALD) est établie par décret. Certaines affections sont dites « hors liste », il s'agit de maladies graves de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste des ALD 30, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse. L'ALD est constatée par le médecin traitant qui remplit un protocole de soins définissant la pathologie qui peut être prise en charge dans ce cadre. Celui-ci envoie ensuite le document au médecin conseil de la caisse d'assurance maladie dont dépend l'assuré.

Les données d'ALD, à vocation administrative, sont informatisées par les caisses d'assurance maladie. L'OR2S dispose de ces données, nouveaux cas et ensemble des cas, pour les deux principaux régimes de l'assurance maladie (Cnam, CCMSA ; les données du CNRSI étant intégrées dans celles du régime général depuis l'exercice 2019). Les informations fournies ont trait au bénéficiaire (lieu de domicile, âge et genre) ainsi qu'à la pathologie justifiant l'ALD, renseignée sous deux formes : liste par décret

et classification internationale des maladies dans sa dixième révision (Cim 10).

Le lieu de domicile du bénéficiaire est plus ou moins précis selon le régime et les données fournies. Ainsi, pour les admissions en ALD, celles-ci permettent une observation à des niveaux géographiques relativement fins sur l'ensemble de la période (données allant de 2005 à 2019 disponibles au niveau communal ou par code postal, selon le régime d'affiliation). Pour les données relatives au total des ALD, elles sont depuis 2012 disponibles à un niveau géographique fin : la commune ; elles n'étaient, pour la période 2010-2011, fournies qu'au niveau départemental pour l'un des trois régimes.

L'unité géographique de base, permettant une observation à n'importe quel niveau infra-régional, est la commune (excluant de fait le niveau infra-communal). Aussi, chaque année, lorsque de nouvelles données sont disponibles, outre leur intégration dans l'outil de calcul², est réalisé un travail d'estimation permettant de passer des codes postaux aux communes. Les admissions en ALD variant suivant l'âge et le genre, l'estimation faite à partir des données de population prend en compte ces paramètres. De plus, cette estimation est à ajuster pour les dernières années d'ALD du fait du décalage dans le temps de la disponibilité des données du recensement, les dernières données de population disponibles étant celles du RP 2017.

Une fois ce travail réalisé, des formules sont disponibles pour obtenir des indicateurs portant sur le nombre d'ALD (admissions et total), la proportion, les taux (bruts et standardisés ; standardisations suivant les méthodes directe et indirecte et suivant l'âge ou l'âge et le genre). De plus, les résultats de tests

de significativité pour chaque comparaison de taux standardisés, et ce selon différents critères (zone géographique, période ou genre), sont également disponibles. La standardisation peut se faire parallèlement à celle sur la population française à partir de la population européenne dite de 2010.

Il est à noter que les données de 2015 ne sont pas exploitables du fait d'un problème informatique mentionné par l'un des trois régimes. Pour les années 2016 à 2019, si les données relatives au total des ALD ont pu être intégrées dans l'outil de calcul, celles portant sur les admissions en ALD s'avèrent, pour certaines caisses d'affiliation non exhaustives. Aussi, il n'est pas possible de calculer des indicateurs à des niveaux infra-départementaux pour tous les départements de France. Toutefois, les données des dix départements qui composent les deux régions sont plutôt correctes.

Ces données permettent une certaine approche de la morbidité diagnostiquée, mais reflètent naturellement de manière très imparfaite la morbidité réelle. En effet, un indicateur qui paraît favorable car inférieur au niveau national, peut en réalité être la résultante d'un système organisationnel (différence de prise en charge, moindre recours aux professionnels de santé...) Cette notion est néanmoins importante à aborder pour mieux comprendre le système sanitaire dans sa globalité. Aussi ces données, couplées à celles de mortalité, voire à d'autres recueils (notamment au sein du SNDS), sont à la base de nombreuses analyses.

¹ les données 2019 ne concernent plus que deux régimes (général et agricole), le CNRSI ayant disparu au 1^{er} janvier 2020

² pour plus de précision, cf. p. 89.

Morbidité - Hospitalisation

L'OR2S dispose d'un accès sécurisé aux données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) renseignant les activités médicales (hospitalisations, séances, actes...) des établissements de santé publics et privés de France. Ces données, sont accessibles via deux portails d'échange, celui mis en place par l'Atih et celui du SNDS¹. Les dernières données disponibles sont celles des années 2019 (bases complètes) et 2020 (bases partielles).

Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité². Le PMSI est utilisé pour la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) et est donc un outil de description médico-économique de l'activité. Il est décliné par disciplines :

- soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie - PMSI MCO) ;
- soins de suite ou de réadaptation (PMSI SSR) ;
- hospitalisation à domicile (PMSI HAD) ;
- psychiatrie (Rim-P).

En dehors de la valorisation de l'activité des établissements de santé, les données du PMSI peuvent être utiles pour quantifier la morbidité hospitalière, décrire la prise en charge, faire des analyses à différents niveaux géographiques, des évolutions dans le temps, décrire les parcours de soins hospitaliers ou encore rechercher des associations entre facteurs. L'article 193 de la loi de modernisation de notre système de santé vise à ouvrir plus largement l'accès aux données de santé tout en renforçant les exigences de sécurité liées au caractère sensible de ces

données. Dans ce cadre, depuis 2016, l'Atih met à la disposition des établissements de santé, chercheurs et institutionnels (sous condition d'une autorisation Cnil), les bases PMSI via un portail sécurisé. L'OR2S bénéficie depuis juillet 2016 de cet accès sécurisé. Les personnes identifiées qui ont un accès à ce portail sont soumises à des conditions d'utilisation strictes afin de garantir l'anonymat des personnes : ne pas extraire de données individuelles ou indirectement nominatives.

En 2020, des tables de données agrégées portant sur tous les champs du PMSI ont été extraites du portail sécurisé. Elles permettent de mesurer la consommation et la production de soins en établissements de santé par territoire de 2009 à 2019 (à partir de 2008 pour le MCO). En vue d'être intégrées dans l'outil de calcul³ et en vertu du respect des conditions d'utilisation des fichiers de données PMSI édictées par l'Atih. Ainsi, ces tables ne fournissent pas de données individuelles mais sont agrégées par année, âge, sexe, lieu de domicile, établissement de soins, puis selon le champ du PMSI, par catégorie d'activité de soins, nature de prise en charge ou encore par secteur de psychiatrie.

Le lieu de domicile enregistré dans le PMSI correspondant aux codes postaux ou à des regroupements de codes postaux, une estimation des données a été effectuée au niveau communal, niveau géographique de base permettant de reconstituer n'importe quel niveau infra-régional, offrant ainsi la possibilité d'une observation à tous les échelons géographiques. Pour obtenir rapidement des indicateurs, des formules portant sur les nombres, les taux (bruts et standardisés sur l'âge) et des tests de significativité (pour comparer des taux standardisés) ont été élaborées.

En parallèle, les réflexions permettant de construire des indicateurs à des niveaux géographiques fins sur les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) et pour les catégories majeures de diagnostic (CMD) ont été menées en 2020. Concernant les HPE, à savoir les hospitalisations nécessaires au moment de l'admission à l'hôpital mais qui auraient pu être évitées avec une prise en charge appropriée des soins de premier recours, deux méthodes ont été déployées : suivant la méthode considérée par l'Atih (liste AHRQ) et en considérant la liste Weissman. Avant de pouvoir extraire ces différentes données du portail, il a été nécessaire d'identifier les regroupements à effectuer (par grand groupe d'âge notamment) ; contenu des règles d'extractions, il n'a pas été possible de faire des extractions par genre. Ces travaux ont abouti à la mise en place de formules permettant de calculer des indicateurs (nombres, taux bruts et taux standardisés sur l'âge) rapidement sur les zonages intégrés dans l'outil de calcul.

Des travaux d'exploration des données - principalement à partir du PMSI-MCO - ont également été conduits pour identifier les réhospitalisations à 30 jours (RH30). La méthodologie adoptée pour ce travail est celle fournie dans le guide méthodologique de calcul de l'indicateur rédigé conjointement par la DGOS et l'Atih.

En outre, il est à noter que l'utilisation des données du PMSI dans une dimension épidémiologique n'est pas chose aisée et fait l'objet de controverse (base à visée médico-économique).

¹ dans ce dernier portail, les données de soins de ville et de mortalité sont également disponibles. Pour plus de précisions cf. page suivante.

² articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

³ pour plus de précisions, cf. p. 89.

Système national des données de santé (SNDS)

Le système national des données de santé (SNDS) a été mis en place suite à la parution de différents décrets d'application de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Disposant d'un accès permanent¹ au SNDS, l'OR2S utilise ces données de manière croissante.

Le SNDS rassemble au sein d'un même système d'information les données de l'Assurance maladie (données du Sniiram), des établissements de santé (données Atih) et des causes médicales de décès (données CépiDc-Inserm), qu'il est possible de chaîner entre elles. Les données des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et celles issues d'un échantillon représentatif des données de remboursement des organismes d'assurance maladie complémentaire ont également vocation à être prochainement intégrées dans le SNDS.

Disposant d'un accès permanent, l'OR2S bénéficie de l'autorisation d'accès aux données individuelles du SNDS sur un champ interrégional en ce qui concerne le lieu de résidence du bénéficiaire ou le lieu de réalisation de l'acte, ceci sur une profondeur historique de cinq années en plus de l'année en cours. Il lui est possible de croiser les identifiants potentiels que sont la période de naissance exprimée en mois et année, la commune de résidence et les données infra-communales de localisation, les dates des soins, la date du décès et le code de la commune de décès.

Actuellement quatre personnes disposent d'un accès au SNDS ; deux ont été formées en 2020.

Un membre de l'équipe de l'OR2S a intégré à l'automne 2018 un groupe de travail du réseau national ReDSiam. L'objectif général du ReDSiam est la mise au point et la diffusion d'algorithmes destinés à repérer des cas de pathologies à partir des données enregistrées dans le SNDS. Ce réseau favorise, par le partage d'expérience et l'interaction entre équipes, le développement, l'évaluation et la promotion des méthodes d'analyse des données médico-administratives à des fins de recherche, de surveillance, d'évaluation et de santé publique.

Les données du SNDS offrent de nouvelles perspectives pour l'observation de la santé. En effet, le chaînage des données permet d'approcher en partie le parcours de santé des patients. Des indicateurs de recours aux soins, de consommation de soins peuvent être désormais déclinés à des niveaux territoriaux relativement fins.

Différents travaux ont été menés en 2020 à partir de ces données notamment autour de la Covid-19 (cf. page 51) ; ils se poursuivent en 2021.

D'autres ont trait à la production d'indicateurs déclinés en routine à différents niveaux géographiques pour alimenter les études engagées au sein de l'OR2S et d'autres ont une visée recherche pour mieux cibler les problématiques régionales.

Sur ce dernier point, des réflexions portant sur les parcours de soins pour les cancers du sein et de la prostate ont été menées : mise en place d'une cohorte rétrospective pour analyser ensuite le parcours de soins avant et après l'apparition de la pathologie.

Ces travaux vont être poursuivis et élargis dans le cadre d'une thèse de sciences qui a débuté en janvier 2020. L'objectif de cette thèse est de connaître, autant que faire se peut, les parcours de soins pour des pathologies ciblées et de mettre en avant d'éventuelles spécificités locales (dans un premier temps, au niveau des Hauts-de-France et de la Normandie et, dans un second temps, à des niveaux infra-régionaux, sur des grands pôles d'activités/de vie). Un second objectif de la thèse est d'identifier une méthodologie généraliste permettant de faciliter l'analyse du parcours de soins sur d'autres pathologies (réflexions sur la structuration des tables...)

Toujours concernant les travaux recherche/action, sont à mentionner ceux menés autour de la territorialisation des indicateurs. Il est à noter que ces travaux sont, de fait, liés à la démarche plus globale de définition d'indicateurs de suivi issus du SNDS et qui permettront d'alimenter, entre autres, les différents diagnostics territoriaux. Un premier objectif est de connaître l'impact des choix méthodologiques sur les indicateurs territorialisés qui sont produits en routine autour de la domiciliation des personnes (évolution au cours du temps du fait de déménagement(s), éventuellement différence pour une même personne due aux erreurs de codages...) Un second objectif est de travailler sur le choix du(des) dénominateur(s) à considérer pour le calcul des indicateurs.

¹ cf. décret n° 2016-1871 du 26 décembre 2016 relatif au traitement de données à caractère personnel dénommé « système national des données de santé ».

² Études statistique, aide à la décision.

Professionnels de santé

Par l'intermédiaire de la Fnors, et via un conventionnement de celle-ci avec la Drees, l'OR2S dispose d'extractions du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et du répertoire Adeli. Ces bases permettent de recenser les différents professionnels de santé. Les dernières données disponibles sont celles au 1^{er} janvier 2020. Des données autour des professionnels de santé ayant une activité libérale sont également disponibles dans le SNDS¹.

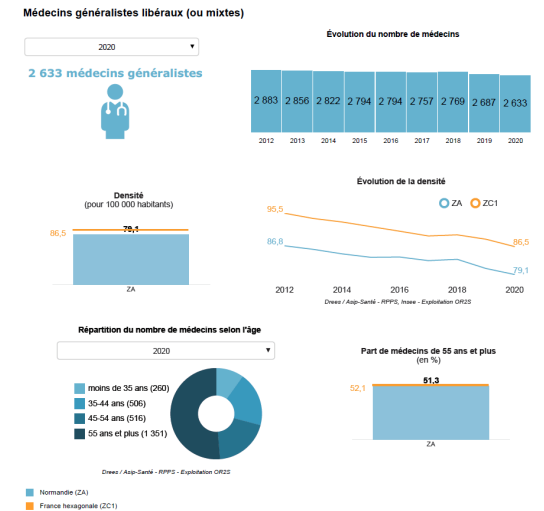
Le Répertoire partagé des professionnels de santé remplace Adeli pour les médecins généralistes et spécialistes, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes. Il sera étendu à l'ensemble des professionnels de santé dans une seconde phase. En attendant, c'est Adeli qui est toujours en vigueur pour les infirmier(ère)s et les autres professionnels de santé. Dans les bases reçues, sont comptabilisés les professionnels ayant une activité salariée ou libérale et, pour la base RPPS, ceux ayant une activité soignante (avec la distinction remplaçant ou non) mais également ceux ayant une activité non soignante ou non médicale. Les informations contenues dans ces bases se rapportent à l'ensemble des données d'identification (âge et genre), de diplômes, d'activité, de mode et de structure d'exercice de tous les professionnels de santé, ainsi que la commune d'exercice.

Les données disponibles dans le SNDS, fournissent également des informations sur les professionnels de santé libéraux exerçant dans les différents territoires. Ces données permettent en plus d'avoir des informations sur l'activité des professionnels de santé et de connaître la répartition de l'activité suivant les caractéristiques de leur patientèle (par exemple suivant l'âge et le genre).

Toutes ces données permettent de calculer des densités de professionnels de santé à différents niveaux géographiques, mais également de suivre la démographie de ces professionnels, en essayant notamment de déterminer les territoires où, compte tenu des besoins, des actions seront plus spécifiquement à mener. Des travaux sont actuellement engagés pour développer des algorithmes permettant de calculer des indicateurs de densité lissés et de produire des cartographies de temps d'accès au professionnel de santé le plus proche (mais aussi le deuxième, voire le troisième).

Ces données, disponibles au niveau communal, ont été intégrées dans l'outil de calcul² pour permettre un calcul rapide d'indicateurs à de nombreux niveaux géographiques (sous réserve que l'indicateur ait un sens au niveau géographique considéré). En outre, ceci permet d'alimenter les bases d'indicateurs disponibles en *open data* (SCORE-Santé³ au niveau national, celle de la *Plateforme sanitaire et sociale* en Hauts-de-France et de *Neo* en Normandie⁴), des espaces sécurisés accessibles aux partenaires *via* un *login* et un mot de passe personnalisés (*Agit*⁵) et les états des lieux territorialisés.

Exemple d'une illustration générée dans un espace projet d'Agit



¹ pour plus de précisions, cf. p. 48.

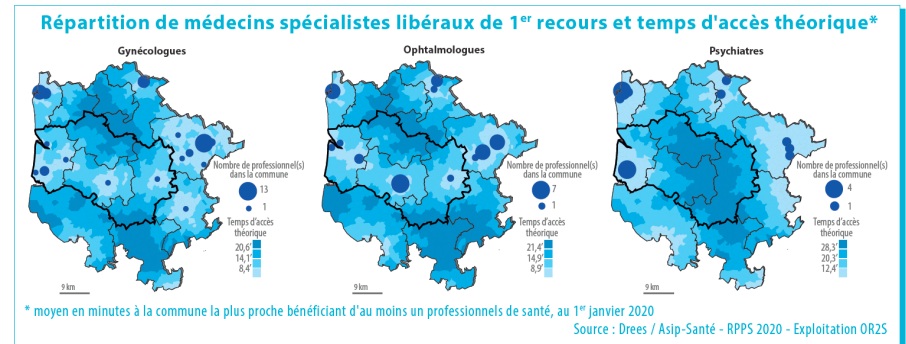
² pour plus de précisions, cf. p. 89.

³ pour plus de précisions, cf. p. 72.

⁴ pour plus de précisions, cf. p. 79 et p. 80.

⁵ application de gestion des indicateurs territorialisés, pour plus de précisions, cf. p. 90.

Exemple d'une illustration figurant dans les documents produits



Offre en établissements de soins et services

Deux sources de données permettent d'observer l'offre en établissements de santé et en accompagnement médico-social. Les données relatives aux établissements et services médico-sociaux sont consultables sur internet via le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) mis à jour en temps réel. Les données provenant de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) sont également en libre accès, sur le site data.gouv.fr, les dernières données disponibles étant celles de l'enquête 2019.

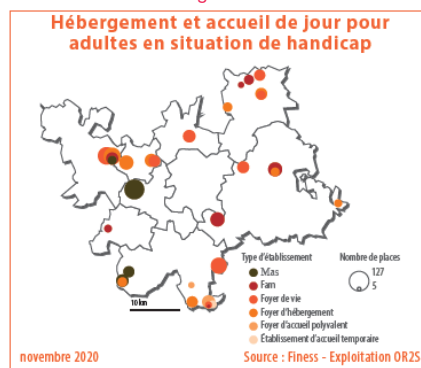
La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est l'une des principales sources de référence du ministère sur les établissements de santé, complémentaire du PMSI, puisqu'elle renseigne sur les structures, les capacités, les équipements, les activités et les personnels. La SAE est une enquête administrative obligatoire réalisée auprès de tous les établissements de santé publics et privés installés en France. Elle fournit des éléments de cadrage indispensables et un panorama complet de l'offre de soins existante pour l'ensemble du secteur sanitaire, toutes disciplines confondues. Ces données permettent de cartographier l'offre en établissements et de calculer des taux d'équipement. En outre, des temps d'accès théoriques aux différents services d'urgence peuvent être produits afin d'illustrer les disparités territoriales en matière d'accès aux soins.

Le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) assure l'immatriculation des établissements et entités juridiques porteurs d'une autorisation ou d'un agrément pour ce qui est des établissements sanitaires, sociaux, médico-sociaux et de formation aux professions de ces secteurs. Les données sont actualisées au quotidien en fonction des modifications effectuées au niveau territorial (ARS, DRDJSCS/DRJSCS). Cette source est exploitée pour aborder l'offre de services en structures médico-sociales, accueillant notamment les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, adultes ou enfants, l'équipement matériel lourd et l'offre en psychiatrie ambulatoire.

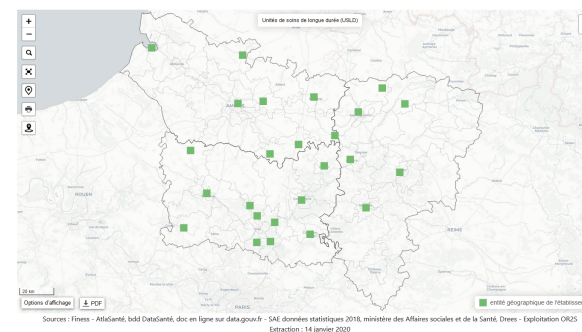
Des extractions du répertoire Finess ont été réalisées en janvier et novembre 2020 et la base SAE 2019 a été exploitée afin d'alimenter différents travaux en cours, communications ou espaces sécurisés accessibles aux partenaires via un login et un mot de passe personnalisés (Agit¹). Les cartographies d'implantation des établissements et services produites (cf. illustrations ci-dessous) offrent de fait une visualisation aisée de l'offre en établissements et services médico-sociaux et en établissements de santé sur différents échelons territoriaux des Hauts-de-France et de la Normandie.

¹ application de gestion des indicateurs territorialisés, pour plus de précisions, cf. p. 90.

Exemple d'une cartographie présentée dans un diagnostic localisé



Exemple d'une illustration générée dans l'espace projet d'Agit de la MSA de Picardie



Covid 19, quels impacts ?

2020 fut marquée par une pandémie liée à un nouveau virus, le SARS-CoV-2. Signalé pour la première fois en Chine en décembre 2019, il s'est répandu en quelques mois à l'ensemble de la planète. La maladie dont il est responsable a été baptisée Covid-19 (Coronavirus disease 2019). Par sa sévérité et sa diffusion, elle a fait peser le risque d'une saturation brutale du système hospitalier, en particulier des réanimations. La solution mise en place pour contenir l'épidémie fut le confinement généralisé de la population française.

La première vague de l'épidémie de la Covid-19 a touché la France au début de l'année 2020. Les Hauts-de-France furent l'une des premières régions impactées, et l'Oise, fut le premier département à connaître des mesures administratives restrictives (fermetures d'écoles, interdiction des rassemblements, limitation des déplacements). À l'échelle nationale, le premier confinement de la population s'est déroulé du 17 mars au 11 mai 2020. Cette obligation s'est accompagnée de la fermeture de nombreux établissements accueillant du public (enseignement, commerces « non essentiels », lieux culturels...), et de mesures d'hygiène collective (distanciation sociale, lavage des mains...) Ces événements, et le climat d'anxiété généralisée lié à l'incertitude sur les conséquences et l'évolution de l'épidémie, ont provoqué des changements importants sur la demande de soins.

L'offre de soins a également été perturbée par la mise en place de protocoles spécifiques, l'organisation d'une filière de soins pour les patients suspects à la Covid-19 et les déprogrammations en milieu hospita-

lier, afin d'augmenter les capacités d'accueil, notamment en réanimation. Tout ceci dans un contexte tendu d'approvisionnement en matériels de protection individuel et en médicaments. C'est dans ce cadre que les conséquences de ces événements sur la consommation de soins de ville ont été mesurées.

Cette étude a été financée par le Conseil régional et l'Agence régionale de santé des Hauts-de-France. Les commanditaires souhaitaient mesurer l'impact du premier confinement en termes de recours aux soins et mesurer les situations dans lesquelles des ruptures de soins auraient pu être observées.

Pour répondre à ces questions, les données du SNDS¹, et plus précisément celles du datamart des consommations inter-régime (DCIR) ont été utilisées. Les rares données concernant les établissements de santé publics ont été exclues. Les données des consultations externes en établissement de santé publiques sont restituées de manière exhaustive dans le datamart du PMSI ; elles feront l'objet d'une étude complémentaire en 2021.

À partir des données du DCIR, il est possible de suivre les prestations de soins remboursées par l'Assurance maladie, en fonction du type de professionnels de santé, mais aussi du lieu de domicile, du sexe et de l'âge du patient.

L'objet est de mesurer un indicateur qui est le reflet des « rencontres » entre patients et professionnels de santé ; celles-ci peuvent avoir lieu au domicile du patient, au cabinet du praticien, en consultation externe

en établissement de santé (hors hôpital public) ou en téléconsultation. Pour cela ont été exclues toutes les prestations liées à des forfaits, des indemnités, des majorations ou à des bénéficiaires fictifs.

Au plus, une prestation par patient, par professionnel de santé et par jour a été comptabilisée. Cette approche a l'avantage de ne pas tenir compte des écarts entre les habitudes de codification qu'il pourrait exister entre professionnels de santé ; elle est toutefois moins révélatrice de l'activité réelle de ces derniers.

La première partie de l'étude portait sur la comparaison du recours à certains professionnels de santé entre 2019 et 2020, sur les mêmes périodes, avant, pendant et après le premier confinement.

La seconde partie, qui sera réalisée en 2021, portera sur l'étude des hospitalisations et des ruptures de soins. Ce dernier point nécessite de chaîner les différents épisodes de soins, identifiés par les remboursements, de chaque patient.

¹ Système national des données de santé, pour plus de précisions, cf. p. 48.



CRISE SANITAIRE DE 2020

QUEL IMPACT SUR L'ACTIVITÉ
DES PROFESSIONS LIBÉRALES ?

MÉDECINS, TÉLÉCONSULTATION
CHIRURGIENS-DENTISTES
MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

Observatoire santé environnement

Dans le cadre de la convention quadripartite Région-ARS-État-OR2S, le conseil régional des Hauts-de-France a demandé à l'OR2S d'évaluer les conditions de mise en place d'un observatoire santé environnement.

L'état des lieux réalisé s'est appuyé sur une analyse documentaire de l'existant. Ce tour d'horizon a permis d'apprécier le volume de publications réalisées sur le sujet notamment la réalisation de tableaux de bord régionaux à l'initiative principalement des observatoires régionaux de la santé, du Baromètre santé environnement (2007) mené en France et dans cinq régions dont la Picardie, etc.

Pour autant, il n'y a pas eu de constitution de structures ou d'instances autour de l'observation d'indicateurs en santé environnement, comme cela a pu être le cas entre la santé et le social avec la mise en place des plateformes sanitaires et sociales à partir de la fin des années quatre-vingt-dix. Cette structuration est plus récente, et l'observatoire santé environnement de Nouvelle-Aquitaine est le seul connu en région. Des initiatives existent dans d'autres régions : Auvergne - Rhône Alpes, Paca, Centre, Bretagne... tandis que des métropoles, agences d'urbanisation s'intéressent à ce type de dispositif.

Le Ceser Hauts-de-France dans son rapport de juin 2019 *Concevoir autrement les futures planifications en santé-environnement et agir ensemble* recommande la création d'un observatoire santé environnement.

Il cite quelques-uns des partenaires clés qui pourraient le constituer ainsi que les missions qu'il pourrait remplir :

- être une autorité régionale de référence ;
- fédérer et faire coopérer les observations et centres d'analyse existant dans la région sans s'y substituer ;
- assurer une mission de recherche de permanence et de progrès.

D'une manière générale, ce qui caractérise cependant l'ensemble des observatoires est bien une série de missions qui leur sont dévolues et qui se déclinent ainsi :

- système statistique d'information ;
- amélioration et mutualisation des connaissances et des ressources documentaires ;
- approche partenariale ;
- aide aux politiques publiques ;
- communication.

A minima, l'observatoire santé environnement devrait couvrir les champs suivants :

- favoriser le partage de connaissances et analyse critique sur la situation régionale et dans les territoires ;
- porter à connaissance par communication et information des acteurs du champ santé environnement et du public, notamment sur les politiques publiques, l'environnement de travail, le cadre de vie... ;
- créer un système d'information (comprenant la dimension géographique -SIG-) sur le croisement des données santé environnement ;

- faciliter la concertation et la mutualisation entre les acteurs de l'observatoire ;
- être force de proposition d'actions et d'outils d'aide à la décision par définition de priorités et identification des actions à mettre en œuvre, notamment dans l'élaboration du PRSE 4.

Cet état des lieux a permis de repérer les différents acteurs voulant faire partie d'un observatoire santé environnement : services de l'État, collectivités territoriales, établissements publics, chambres consulaires et instances de participations (Ceser, CRSA), les observatoires ou dispositifs d'observation (OR2S, Atmo, Observatoire de la biodiversité), universités, associations.

Sur la base de cet état des lieux, la région a demandé en 2021 la rédaction d'une note de préfiguration sur la construction de l'observatoire santé environnement. En interrogeant les partenaires potentiels d'un tel observatoire, il s'agissait d'en mesurer la pertinence, d'en définir le niveau de partenariat, les périmètres d'observation et les indicateurs à suivre.

Géopolitique de la santé

Une thèse Cifre, financée par le conseil régional Hauts-de-France et l'ANRT, porte sur la géopolitique de santé. Intitulée « Analyse géopolitique de l'offre de soins en Hauts-de-France au niveau des espaces de dialogue : une nouvelle approche pour accompagner les politiques publiques ? », elle prend son fondement sur une série de diagnostics sociodémographiques et sanitaires au niveau des territoires de dialogue dans le cadre du Sraddet.

Lors de la première des trois années de travail, des zones d'observation ont, dans un premier temps, été sélectionnées à partir d'une analyse en composantes principales, prenant en compte les cinq départements, les deux anciennes régions, le rural et l'urbain, etc. Cela a abouti à une sélection de dix territoires : la CA du Saint-Quentinois (Aisne), la CA du Boulonnais (Pas-de-Calais), le bassin minier (Nord et Pas-de-Calais), la CA de Maubeuge Val de Sambre (Nord), la métropole européenne de Lille (Nord), la CA Amiens Métropole (Somme), la zone de Senlis et Chantilly (Oise), la zone autour de Saint-Omer (Pas-de-Calais), une zone rurale à cheval sur trois espaces de dialogue et sur la Somme et l'Oise, et une zone relativement rurale couvrant le nord et l'ouest de l'Oise.

Parallèlement, il a été répertorié les acteurs à rencontrer sur chaque territoire, selon les problématiques spécifiques à chaque zone, tout en veillant à la diversité des acteurs (élus locaux ou régionaux, professionnels de santé, responsables administratifs, etc.). Le nombre initial étant assez ambitieux, il a été réduit à six.

Outre l'écriture d'une partie des diagnostics, des entretiens ont également été réalisés. Ainsi, pour la CA du Saint-Quentinois, trois entretiens ont été menés à

Saint-Quentin: un avec des responsables du centre communal d'action sociale, un avec le directeur du centre hospitalier (CH) et un de ses adjoints, et un dernier avec un gériatre du CH.

Pour le bassin urbain à dynamiser, cinq entretiens ont été menés : un avec trois médecins travaillant sur un projet de « Territoire d'Innovation de Grande Ambition » au CH de Valenciennes, un avec la directrice de Filiaris, groupe de santé issu du régime des mines, un avec un médecin généraliste salarié de ce même groupe exerçant à Bruay-la-Buissière, et deux au sein du CH de Lens avec un pneumologue, d'une part, et avec le président de la communauté médicale d'établissement, d'autre part.

Quant au territoire de la Sambre Avesnois Thiérache, cinq entretiens se sont également tenus : deux avec les sous-préfets des arrondissements de Vervins (Aisne) et d'Avesnes-sur-Helpe (Nord), coordinateurs du Pacte, deux avec des médecins généralistes exerçant à Vervins et à Guise (un exerçant seul et l'autre dans une maison de santé), et un dernier avec les responsables d'un service de soins infirmiers et d'aide à domicile, basé à Fourmies.

Même si de nombreuses analyses ont pu être faites, la crise sanitaire liée à la Covid-19 et le confinement ont généré un important retard dans l'avancée des travaux. En effet, les derniers entretiens liés précisément aux terrains d'étude (deux derniers entretiens complémentaires sur Saint-Quentin et sur le bassin minier, et l'ensemble des entretiens sur Amiens), suivi des entretiens plus généraux, notamment au niveau régional (agence régionale de santé, conseil régional, responsables du Sraddet, etc.) ont dû être annulés au premier semestre 2020.

Par la suite, malgré le déconfinement, le retard engendré par la crise sanitaire dans les affaires courantes à rattraper, suivi de la période estivale ont fait que les entretiens ont été difficiles à obtenir et certains n'ont pu être faits en 2020. Quatre entretiens sur le terrain d'Amiens Métropole ont pu toutefois se tenir mais il en reste plusieurs à réaliser, que le début 2021 n'a pu permettre de résorber.

Outre les entretiens retardés pour finaliser la thèse, il y avait aussi l'impossibilité d'accéder à certaines ressources et notamment à la bibliothèque universitaire, sans compter des conditions de télétravail pas toujours optimales et le confinement qui a eu nécessairement un impact sur le travail.

Toutefois, le chapitre de la deuxième partie de la thèse portant sur l'étude de la communauté d'agglomération du Saint-Quentinois et celui sur l'étude de la Sambre Avesnois Thiérache ont pu être écrits, ainsi que la synthèse des entretiens portant sur Amiens Métropole.

Entre octobre et décembre 2020, une part importante du travail a aussi concerné l'extraction annuelle des données Finess utilisées pour l'offre de soins et de services (personnes âgées, adultes et enfants en situation de handicap) permettant d'avoir une vision synthétique des territoires analysés, point important du travail mené.

Le travail continue d'avancer au cours du premier semestre 2021 avec une rédaction finale et une soutenance de thèse prévue lors du dernier quadrimestre 2021.

Territoires témoins

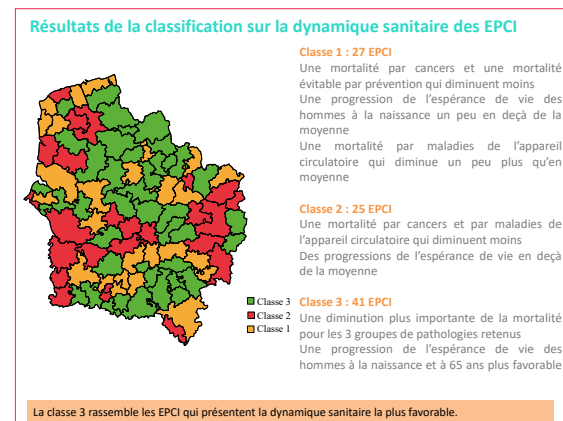
Dans le cadre d'une demande émanant du conseil régional des Hauts-de-France, une analyse quantitative au niveau des EPCI de la région a été menée afin de définir deux territoires témoins au sein des Hauts-de-France. La seconde phase du travail sera qualitative, avec des entretiens à réaliser auprès des acteurs des deux territoires concernés.

La première phase de l'étude, reposant sur une analyse quantitative d'indicateurs sanitaires et sociaux a pour objectif de définir les EPCI présentant des caractéristiques socio-sanitaires et des dynamiques favorables, pour en retenir deux d'entre eux, un plutôt rural et un plutôt urbanisé.

Les analyses statistiques ont porté sur une soixantaine d'indicateurs abondant de multiples dimensions. Pour l'aspect sanitaire, les données de mortalité et d'espérance de vie ont été analysées. Pour les aspects sociodémographiques, les indicateurs portent sur la démographie, l'emploi, les revenus, l'enfance et la famille, les personnes en situation de handicap et les prestations sociales. Les données les plus actuelles possibles ont été intégrées ainsi que des données plus anciennes afin de mesurer les dynamiques sur les territoires. Trois typologies ont été effectuées permettant de classer les EPCI selon la situation sanitaire actuelle, l'évolution de la situation sanitaire et la situation sociale actuelle.

Différentes cartographies ont été produites permettant notamment de croiser les résultats concernant les aspects sociaux, sanitaires et de dynamiques.

Exemple de cartographies produites sur les classifications de la situation sanitaire et de la dynamique sanitaire



La phase qualitative commencera en 2021. Elle a pour objectifs de comprendre les dynamiques à l'œuvre dans les territoires qui, tout en ayant des indicateurs sociaux plutôt défavorables, ont une situation sanitaire plutôt favorable en regard de ce qui est observé dans le reste de la région.

La mesure de ces dynamiques passera par un relevé le plus exhaustif possible de l'existant, comme, par exemple, des contrats locaux de santé, des ateliers santé ville et autres dispositifs, agissant tant en prévention que dans le curatif.

Des entretiens avec les principaux acteurs dans les territoires permettront d'affiner la revue documentaire et de mettre en exergue, de leur point de vue, les facteurs clés expliquant le bon état de santé des populations.

L'idée est de modéliser autant que faire se peut les initiatives de terrain pour éventuellement les répliquer dans des territoires plus en souffrance.

Deux territoires témoins ont été arrêtés en 2021 pour cette étude : Sud Aisne et Avesnois.

Bassin minier

Le Bassin minier est l'objet de toutes les attentions. Le conseil régional des Hauts-de-France a demandé à l'OR2S la réalisation d'un diagnostic qualitatif. Débuté en 2020, il n'a pu être mené à bien suite aux confinements successifs, mais sera effectué en 2021.

L'objectif de l'approche qualitative sur le bassin minier est de comprendre les dynamiques en cours sur la revalorisation de ce territoire et l'impact que cela pourrait avoir sur la santé des populations, d'une part, de mesurer les besoins et attentes de la population et des acteurs, professionnels de la santé et du social, élus locaux et instances de démocratie participative, d'autre part.

Sur la base des éléments déjà disponibles à l'OR2S, une première note de synthèse a été écrite, permettant de dresser un premier état des lieux. Cette note a été rédigée à partir du diagnostic quantitatif élaboré en 2019, et à partir d'une première série d'entretiens réalisés dans différents travaux de terrain.

Une présentation de quelques éléments du diagnostic avait été donnée en février 2019 à Douai lors d'une journée organisée par la Mission Bassin minier.

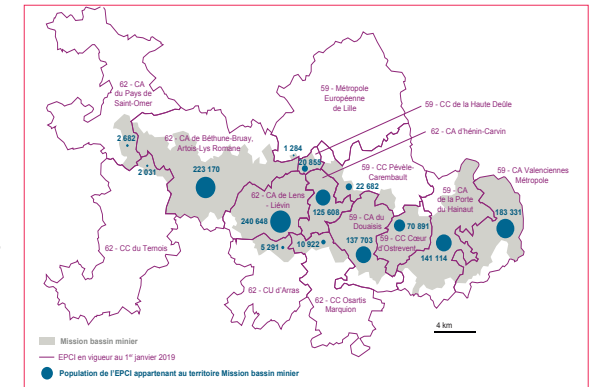
Les quelques entretiens menés doivent être considérés dans cette configuration comme des entretiens exploratoires au diagnostic qualitatif. Ils permettent de mettre en exergue des premiers enjeux, comme la structuration de l'offre de soins, les initiatives menées par les hôpitaux et d'autres acteurs du système de santé.

En 2021, l'approche se fera de façon plus concrète et systématique auprès des acteurs de terrain à partir d'une interrogation large sur la perception de l'état de santé de la population, l'engagement des acteurs, les leviers d'action disponibles pour améliorer localement la santé des populations. L'évolution de la mortalité prématurée, par exemple, montre que le différentiel avec la région et *a fortiori* la France n'est pas résorbé.

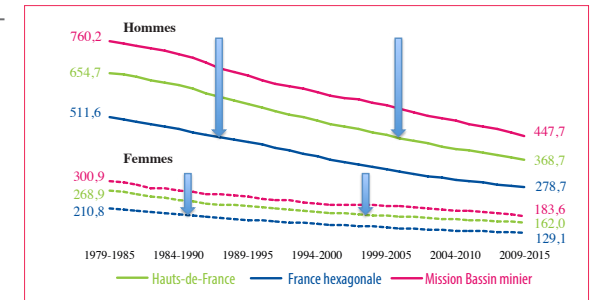
L'idée est aussi de prendre la mesure du degré d'implication de la population dans la construction de politiques publiques favorables à la santé ainsi que d'apprécier les ressources nécessaires.

Enfin, un questionnement spécifique portera sur la gestion de la Covid-19 pour analyser la réaction du territoire et voir quelles leçons seraient à en tirer.

EPCI du Bassin minier



Évolution de la mortalité prématurée (pour 100 000 habitants de moins de 65 ans)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Diagnostics

L'objet des diagnostics est de réaliser un état des lieux à partir des indicateurs les plus marquants dans les domaines social, sanitaire et médico-social au sein des neuf espaces de dialogue définis pour le Sraddet. Cependant ces derniers ne sont pas forcément homogènes, raison pour laquelle ils ont été scindés préalablement en trente-et-une unités géographiques plus petites, dites « zones d'observation » qui reposent sur un travail préalable de classification de la diversité des territoires des Hauts-de-France à partir de l'ensemble des indicateurs structurants retenus parmi les bases disponibles dans le domaine socio-sanitaire. Trois ont été retenus plus spécifiquement en 2020 : le Montreuillois, les CC de l'aire cantilienne et Senlis Sud Oise, et la CA d'Amiens Métropole.

Les documents sont présentés sous la même forme. Après un éditorial et une introduction, le contexte régional est rappelé ainsi que les caractéristiques de la zone analysée. Les chapitres traitent de la situation sociodémographique, de l'offre de soins et de services, et de l'état de santé. Les territoires sont représentés ci-contre par trois illustrations appartenant à l'un des trois chapitres pour l'un d'entre eux.

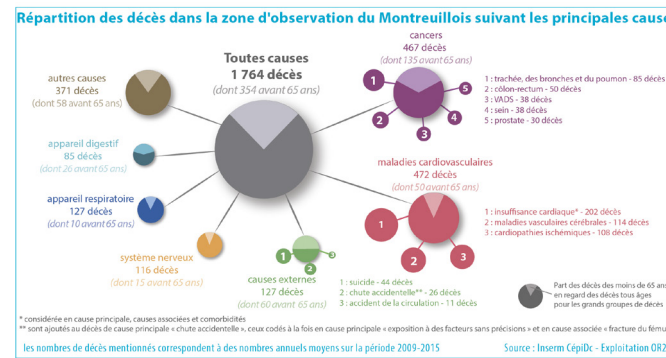
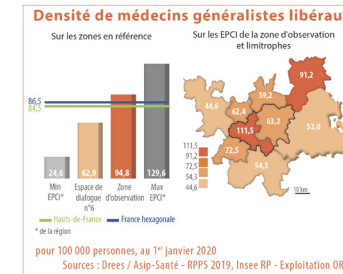
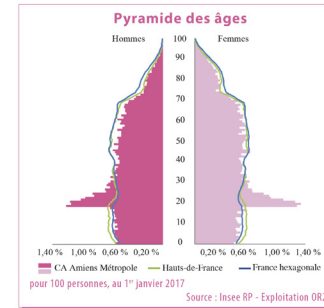
Ces territoires correspondent à trois zones d'observation dont la délimitation s'est faite en prenant en compte la diversité territoriale, sous des contraintes populationnelles, de contiguïté géographique et en se basant sur les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI). Pour ce faire, une base d'indicateurs calculés au niveau des EPCI des Hauts-de-France (et des EPCI limitrophes au pourtour régional) a été constituée, autour de quatre

grandes thématiques : démographie, social, état de santé et offre en professionnels de santé.

La majorité des informations traitées est disponible sur l'ensemble de la France au niveau communal, rendant possible des comparaisons entre de nombreux territoires (et particulièrement au niveau des EPCI qui constitue l'échelon géographique de base pour ce travail) et avec le niveau national. Ces partenariats qui s'inscrivent de plus dans la continuité offrent un suivi des évolutions, tellement important en termes de mesure de la dynamique territoriale.

Par ailleurs, des conventionnements avec des acteurs régionaux signataires de la charte de la Plateforme sanitaire et sociale (PF2S) des Hauts-de-France complètent le système d'information en offrant un accès à d'autres données qui enrichissent les analyses et représentations produites.

Au final, ces documents mettent particulièrement en exergue les forces et les faiblesses des zones analysées offrant ainsi aux décideurs des éléments de priorisation de leurs actions.



Pôle métropolitain Artois Douaisis

Le pôle métropolitain Artois Douaisis a commandé à l'OR2S un diagnostic quantitatif et qualitatif sur la santé des habitants de ce territoire à cheval sur le Nord et le Pas-de-Calais afin d'élaborer un plan d'action.

Fort de six EPCI et de 450 000 habitants, ce pôle métropolitain s'étend sur les départements du Nord (Douaisis agglo, communauté de communes Cœur d'Ostrevent) et du Pas-de-Calais (communauté urbaine d'Arras, communautés de communes des Campagnes de l'Artois, Osartis-Marquion et du Sud Artois). Le territoire est structuré autour de deux pôles urbains, Arras et Douai dont les aires d'influence s'étendent sur une large partie du territoire. Les zones péri-urbaines et au-delà, les territoires ruraux et agricoles, sont mailés par un réseau de bourgs centres et de pôles relais.

L'OR2S a pour mission d'élaborer un diagnostic et de formuler des propositions opérationnelles relatifs à l'offre de soins sur le territoire du pôle métropolitain Artois Douaisis. Les objectifs de la mission sont :

- d'apporter aux élus une information complète et qualifiée sur les services rendus aux populations et les besoins en matière de santé dans les territoires du pôle métropolitain Artois Douaisis ;
- de rédiger un document de type « Livre Blanc » fondé sur un programme d'actions concrètes.

L'étude s'est déroulée en quatre phases.

La première a été d'établir un diagnostic sur l'ensemble du périmètre du pôle métropolitain pour améliorer la connaissance de la situation socio-sanitaire par le traitement de données démographiques, éco-

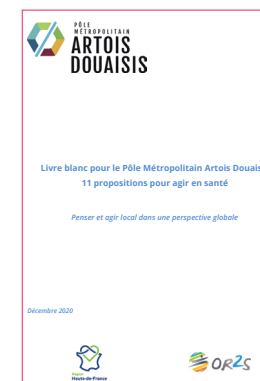
nomiques et sociales, de mortalité et morbidité, de l'offre de prévention et de l'accès aux soins. L'OR2S a rédigé un document présentant les indicateurs sélectionnés pour le pôle métropolitain, les six EPCI qui le composent, les dix EPCI limitrophes, le Pas-de-Calais, le Nord, les Hauts-de-France et la France hexagonale. Une version de l'outil *Agit*¹ a été déployée en janvier 2020 pour permettre aux décideurs du territoire d'avoir accès aux informations complémentaires et actualisées. Une session de formation à l'utilisation de l'outil a été effectuée (incluant une présentation des données disponibles et une aide à l'interprétation des graphiques produits).

La seconde phase a concerné l'élaboration d'un diagnostic qualitatif basé sur des entretiens avec les principaux acteurs du territoire (élus, professionnels du soin, acteurs de prévention...)

Sur la base de ces deux diagnostics, un « Livre blanc » a été rédigé lors de la troisième phase avec des propositions d'actions. Il présente notamment les priorités argumentées en fonction de la connaissance socio-sanitaire du territoire, d'une part, des besoins et attentes, d'autre part.

Validées par la Commission du PMAD en décembre 2020, les propositions amendées du Livre blanc ont été traduites en un plan d'action opérationnel 2021-2028. Il a été présenté et approuvé par le conseil syndical du PMAD en février 2021.

¹ application de gestion des indicateurs territorialisés, pour plus de précisions, cf. p. 90.



MSA

Afin d'écrire en 2020 son plan d'action sanitaire et social (Pass), la MSA Picardie a commandé à l'OR2S une formation pour mettre en compétence ces agents ainsi que l'évaluation du Pass actuel.

Chargés de mission, gestionnaires, cadres de l'éducation sanitaire et sociale (ASS) au sein de la MSA Picardie se sont ainsi retrouvés à partir de l'automne 2020 pour travailler sur les indicateurs disponibles afin de pouvoir réaliser des diagnostics de territoire. Issues de GéoMSA ou des bases de données de l'OR2S, et avec une déclinaison de l'outil *Agit*, cette série de formations a permis de passer en revue la construction d'un diagnostic, la recherche des données et des sources de données, le choix des indicateurs les plus pertinents en fonction du travail à faire, leur représentation graphique ou cartographique et leur interprétation pour décrire la situation.

Deux types de diagnostic ont été travaillés, l'un à l'échelle départementale et régionale, l'autre à l'échelle des cantons, échelon géographique de base pour la MSA. Ces diagnostics sont élaborés automatiquement *via Agit*¹ avec des données qui seront mises à jour régulièrement tout au long des cinq années 2021-2025, durée du prochain Pass.

Dans le même temps que se déroulaient ces formations, l'OR2S a évalué le Pass 2015-2020 finissant. Une analyse documentaire et des entretiens menés aux agents de la MSA et de partenaires ont permis de rendre compte de la construction de ce Pass et de son déroulement.

Les documents étaient des présentations du Pass ou des tableaux de suivi des actions et des objectifs.

Les entretiens ont été menés selon les grandes orientations du plan : familles, jeunes ; personnes âgées, personnes handicapées, actifs en difficulté.

Ils ont réuni des agents de la MSA du service de l'action sanitaire et sociale mais aussi d'autres services ainsi que des élus de la Caisse, dont les co-présidents de l'ASS.

Parallèlement, les associations et les institutions partenaires de la MSA (départements, conférences des financeurs, Caf, centres sociaux, Marpa...) ainsi que la Caisse centrale de la MSA ont été questionnées sur leur connaissance et leur implication dans le Pass 2020-2021.

Cette évaluation a été complétée par la rédaction par l'OR2S d'un diagnostic ASS.

Une première présentation du diagnostic et des principaux résultats de l'évaluation a été faite en début d'année 2021 aux élus du Comité de l'action sanitaire et sociale, puis aux agents de la MSA et enfin aux membres du conseil d'administration.

Plusieurs recommandations ont été formulées pour l'écriture du Pass 2021-2025, et l'OR2S a à nouveau été sollicité pour accompagner la MSA dans cet exercice.

¹ application de gestion des indicateurs territorialisés, pour plus de précisions, cf. p. 90.



Baromètre santé

Les enquêtes du Baromètre santé ont été créées en 1992 par le Comité Français de l'éducation avant d'être poursuivies par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et maintenant par Santé Publique France. Menées périodiquement à l'échelle nationale, ces enquêtes ont pour objectif de dresser un état des lieux des connaissances, attitudes et comportements des Français vis-à-vis de la santé.

L'enquête de l'édition 2017 a été menée par l'institut d'études Ipsos de janvier à juillet via le téléphone auprès d'un échantillon représentatif de la population française constitué de 25 319 personnes âgées de 18 à 75 ans. Afin de ne pas dépasser trente minutes d'entretien, les questions supplémentaires sur des sujets précis sont réparties entre quatre sous-échantillons de la population, constitués chacun d'environ 6 300 personnes.

Les principales thématiques abordées dans cette édition sont les suivantes :

- santé perçue, corpulence ;
- tabac et cigarette électronique ;
- alcool ;
- événements de vie (problèmes familiaux ou professionnels, agressions...);
- drogues illicites ;
- sexualité ;
- sommeil ;
- santé mentale ;
- vaccination.

La taille de l'échantillon permet des analyses régionales : 2 152 personnes domiciliées dans les Hauts-de-France et 1 081 personnes pour la Normandie. Ces données vont également permettre de faire un zoom sur le territoire correspondant au regroupement de

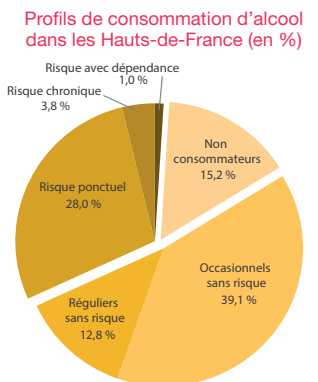
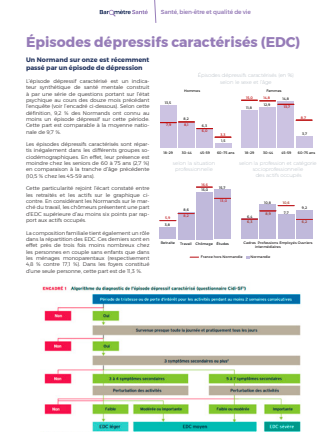
« Mission Bassin minier » et du « Sambre-Avesnois-Thiérache » (508 personnes) ; par contre, il ne sera pas possible d'avoir le même degré de finesse que pour les analyses régionales.

Afin de faciliter la constitution des futures plaquettes sur les données du présent Baromètre et de ceux à venir, un programme d'analyse automatisé a été mis en place sous R. Il permet de produire en série des graphiques. Ce même programme génère également des régressions logistiques en routine, avec une sélection automatique des variables et des interactions à inclure dans les modèles.

Ces graphiques et régressions étant générés, quatre plaquettes thématiques sont prévues pour le premier semestre 2021. La plaquette santé mentale s'attachera à décrire les épisodes dépressifs caractérisés et les pensées suicidaires éprouvées durant les douze mois précédant l'enquête. Avec les tentatives de suicides et le recours aux soins de santé psychique, ces indicateurs seront étudiés dans les groupes sociodémographiques tout en étant croisé avec les difficultés rencontrées au cours de la vie.

Une autre plaquette sera dédiée au statut pondéral, ainsi qu'aux comportements sédentaires et la pratique d'un sport ou d'une activité physique régulière. Les conduites addictives abordées dans une troisième plaquette étudient le rapport de la population avec l'alcool, le tabac ou la cigarette électronique, le cannabis et les autres drogues illicites. Des scores de dépendance tels que le test de Fagerström pour le tabac, l'Audit-C pour l'alcool et le test CAST pour le cannabis seront employés pour synthétiser les degrés d'addiction. La question de la poly-consommation de ces produits addictifs sera aussi considérée.

Enfin, la quatrième plaquette portera sur le bien-être et la qualité de vie. Un premier axe d'étude sur la santé concernera l'état de santé déclaré, le recours aux soins et le sommeil. La perception de la vie et de l'avenir, associée aux incertitudes professionnelles, aux violences subies et au lien social constitueront le second axe d'étude.



Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel

L'OR2S, la Direccte¹ et Santé publique France ont maintenu leur collaboration en 2020 quant au dispositif de surveillance épidémiologique en milieu du travail des maladies à caractère professionnel (MCP) pour la partie sud des Hauts-de-France (ex-Picardie).

Ce programme a été mis en place pour la première fois en 2003 dans les Pays de la Loire puis s'est étendu à d'autres régions au fil du temps. Les deux régions qui ont fusionné en 2016 pour former l'actuelle région Hauts-de-France sont entrées dans le programme la même année, à savoir en 2009.

Les objectifs du recueil sont de mesurer la prévalence des MCP, d'évaluer les liens entre agents d'exposition professionnelle et catégories de pathologies et d'estimer la proportion de ces maladies non déclarées. L'enquête, de type « un jour donné », consiste à collecter des informations sur l'ensemble des visites médicales faites par des médecins du travail volontaires durant deux semaines consécutives (« une quinzaine »), d'une part, et de recueillir des informations supplémentaires sur tous les cas estimés par le médecin comme ayant une MCP, d'autre part. Les médecins ont à leur disposition des outils standardisés pour permettre ce recueil : un tableau de bord permettant l'enregistrement de toutes les visites effectuées durant la quinzaine, des fiches permettant le signalement d'une ou plusieurs MCP.

Une application permet d'informatiser l'ensemble des documents de recueil des MCP et de transmettre directement les données pour une validation nationale. Les médecins du travail ont un accès personnel à cette application, ce qui leur permet d'enregistrer directement toutes les visites qu'ils effectuent durant les quinzaines et de signaler les MCP rencontrées.

En 2020, les deux quinzaines initialement prévues n'ont pu avoir lieu en Hauts-de-France compte tenu du contexte de crise sanitaire. Cependant, le travail de recodage et de validation des données régionales issues des quinzaines réalisées en 2019 a été effectué. Elles sont en cours de validation au niveau national. Elles seront analysées conjointement avec celles recueillies par la Cire Hauts-de-France dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais afin de présenter des résultats pour l'ensemble de la région Hauts-de-France.

Les données recueillies au cours des quinzaines de 2017 et 2018 ont été traitées et les résultats seront publiés dans une plaquette synthétique au cours du premier semestre 2021 (cf. illustration ci-contre).

Au second semestre 2020, l'application (cf. visuel de l'application) mise à disposition par Santé publique France a été modifiée. Aussi, elle a été présentée afin de pouvoir être utilisée pour les prochaines quinzaines à prévoir en 2021.

Visuel de l'application

LES MALADIES À CARACTÈRE PROFESSIONNEL

DANS LES HAUTS-DE-FRANCE MARS 2021

Surveillance des maladies à caractère professionnel

Maladie Professionnelle, Cancers, Thérapies, Divers, Traumatisme, Hématologie, Biologie, Sécurité, Pathologie, Dermatologie, Neurologie

« Une maladie est dite professionnelle si elle est le résultat direct de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle. » On distingue deux sous-ensembles pathologiques : les maladies professionnelles indemnisables (MPP), inscrites sur une liste restrictive de maladies décrites dans les tableaux annexés à l'arrêté relatif au système complémentaire de santé en 1993 (première catégorie de reconnaissance des maladies professionnelles - CMPP1) et les maladies à caractère professionnel (MCP) sont toutes les maladies ou symptômes pouvant être causées ou aggravées par le travail mais non reconnues en maladie professionnelle par les régimes de la Sécurité sociale. Seules les pathologies reconnues sont prises en compte dans les statistiques du régime général de Sécurité sociale. Les données de réparation disponibles ne reflètent donc pas la réalité des risques professionnels. Cela peut être le cas notamment pour des pathologies émergentes pour lesquelles il n'existe pas de tableaux. Une meilleure surveillance des risques professionnels nécessite donc de compléter les dispositifs en place.

Dans le cadre de la mission de surveillance épidémiologique des risques professionnels, Santé publique France a mis en place, en partenariat avec l'Observatoire National du Travail (ONT) de l'Hexagone de Santé, un dispositif de surveillance épidémiologique des MCP. Ce programme national, débuté en 2002, regroupe 7 Régions françaises en 2017, puis 9 Régions en 2018 (Figure 1).

En Hauts-de-France, le programme est mené conjointement entre Santé publique France, l'ONT de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'énergie (Dreets) et l'Observatoire régional de la santé et du social (OR2S). Il repose sur la participation volontaire de médecins du travail et de collaborateurs médicaux de la Région, qui signalent dans leur an, avec l'appui des infirmières.

Cette plaquette présente les résultats des trois Quinzaines réalisées au cours des années 2017 et 2018 dans la Région.

Participation des équipes de santé travail

En 2017, 66 médecins du travail ont participé à la quinzaine de signalement MCP dans la région Hauts-de-France, soit 14,5 % de participation. Au cours de cette quinzaine, 6 330 salariés ont été vus par les médecins du travail volontaires et leurs équipes.

En 2018, un total de 62 médecins du travail ont participé à au moins une des deux quinzaines des MCP soit un taux de participation de 14,4 %. Au cours de ces deux quinzaines, 6 487 salariés ont été vus par les médecins du travail volontaires et leurs équipes.

►► Pour en savoir plus :
 Observatoire National du Travail (ONT) : www.observatoire-national-travail.fr
 Santé publique France : www.santepubliquefrance.fr
 Observatoire régional de la santé et du social (OR2S) : www.or2s.fr
 Direccte : www.dircte.fr
 Santé publique France : www.santepubliquefrance.fr

¹ devenue Dreets depuis le 1^{er} avril 2021.

Atlas santé travail

Dans le cadre de l'actualisation de l'Atlas santé travail (édition 2016), la Direccte Hauts-de-France et la Carsat Nord-Picardie ont proposé à l'OR2S de mesurer la santé dans les Hauts-de-France, notamment par zone d'emploi.

L'atlas régional intitulé *La santé au travail en Picardie* a été publié pour la première fois en janvier 2010 (édition 2009) par la DRTEFP¹. Cet atlas, actualisé annuellement et portant sur la région Hauts-de-France depuis 2016, est le fruit d'un travail collaboratif entre plusieurs institutions qui mettent en synergie des compétences existant au sein de leurs structures respectives. Ainsi, la Carsat Nord-Picardie, la Direccte, la MSA, l'ISTNF, Santé publique France, l'Université de Lille 2 - CHRU Lille et l'OR2S ont chacun participé à sa rédaction.

L'objectif de l'Atlas est de mobiliser les connaissances en lien avec la santé et la sécurité au travail pour mieux connaître et mieux agir sur la prévention des risques professionnels. Il répond aux enjeux régionaux en matière de santé au travail.

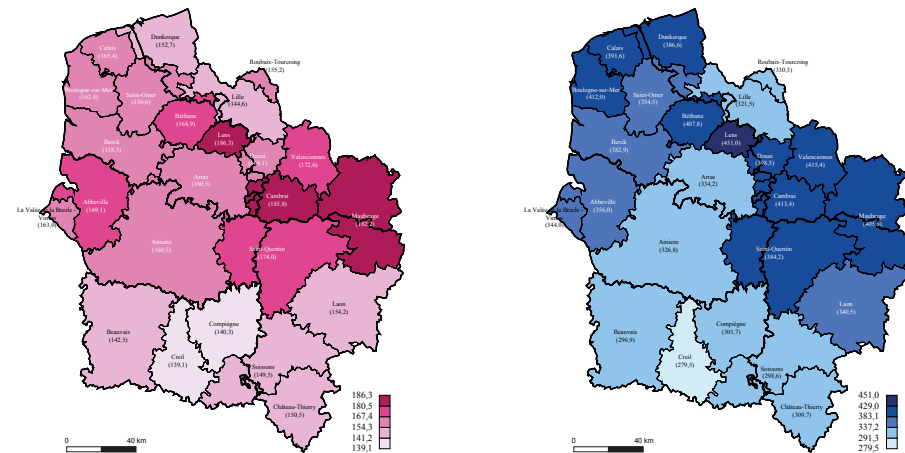
L'actualisation 2020 de cet Atlas Hauts-de-France présente des indicateurs socioéconomiques, des indicateurs de sinistralité des accidents du travail et des maladies professionnelles sur la région et les zones d'emploi. Des zooms sur les zones d'emploi complètent ce document.

Un chapitre produit par l'OR2S est consacré à la santé dans les Hauts-de-France. Outre la comparaison de la situation régionale en regard de la France hexagonale, une analyse plus fine par zone d'emploi a été effectuée pour chaque indicateur.

La santé est abordée à travers le prisme de la mortalité prématurée (survenant avant 65 ans) en 2011-2015 pour la mortalité générale, les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers (dont cancers de la trachée, des bronches et du poumon et cancers des voies aéro-digestives supérieures). Des cartographies par zone d'emploi et par genre illustrent ces mortalités.

L'Atlas santé travail sera diffusé en 2021.

Taux standardisé* de mortalité générale prématurée en 2011-2015
Femmes Hommes



* Sur l'âge à partir de la population de France métropolitaine au RP 2015 (pour 100 000 habitants de moins de 65 ans)
Sources : Inserm CépiDc, Insee, OR2S – Exploitation OR2S

¹ Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, devenue en 2010 la Direccte, puis Dreetts (direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités) depuis le 1^{er} avril 2021.

Jeunes en santé, indicateurs et suivi

L'enquête *Jeunes en santé, indicateurs et suivi (Jesais)* a été mise en place à la demande du rectorat de l'académie d'Amiens et de la préfecture de région et étendue depuis 2018 au rectorat de l'académie de Lille. Connaître l'évolution de l'état de santé des élèves de sixième et de seconde scolarisés au niveau des bassins d'éducation et de formation (Bef), tel est l'objet de la constitution de cette base de données qui prend en compte le gradient social. Le recueil repose sur la participation active des infirmier(ère)s au sein des établissements scolaires.

Ainsi, dans le rectorat de l'académie d'Amiens, chaque année, depuis 2008-2009, deux recueils sont effectués : l'un auprès des élèves de sixième et l'autre des élèves de seconde. L'enquête est constituée de deux parties. Dans la première, les thématiques abordées ont trait à la scolarité, les moyens de locomotion, les pratiques sportives et activités extra-scolaires, l'hygiène de vie, les habitudes alimentaires, l'expérimentation éventuelle de tabac et d'alcool. L'élève renseigne cette première partie, aidé si nécessaire par l'infirmier(ère) ou une autre personne. Pour les élèves de seconde, des questions relatives à leur vie affective et sexuelle sont intégrées (principalement sur le mode de protection et de contraception). Dans la seconde partie, les infirmier(ère)s scolaires notent leurs observations suite aux différents examens qu'ils(elles) ont effectués (date de naissance, poids, taille, état bucco-dentaire, vue, audition, vaccinations qui figurent sur le carnet de santé). Des questions liées à la santé, à l'activité professionnelle des parents et à la composition de la famille sont également posées à l'élève. La saisie se fait *via* un questionnaire informatisé¹.

Une fiche imprimable résumant toutes les informations saisies est à la disposition des infirmier(ère)s qui souhaiteraient l'intégrer au dossier de l'élève.

Depuis 2010, l'OR2S fournit à chaque collège et lycée un outil de restitution des résultats pour comparer leurs données à celles de l'ensemble du département et de la région. En 2020, une refonte de cet outil a été réalisée, pour le rendre plus conviviale. De plus, une version d'Agit² spécifique à Jesais a également été déployée en 2020.

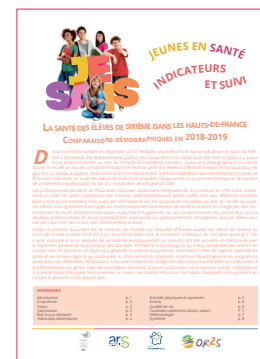
En 2020, comme chaque année, le travail de consolidation des données recueillies au cours de l'année scolaire 2019-2020 a été réalisé : nettoyage des bases, validation et contrôle de cohérence. Lorsque les données paraissaient incohérentes, une vérification est faite auprès des infirmier(ère)s scolaires.

En mars 2020, deux flyers ont été produit afin de présenter quelques caractéristiques des élèves de sixième et de seconde des Hauts-de-France. Le premier porte sur les résultats de l'année scolaire 2018-2019 et le second présente les premiers résultats de 2019-2020. Dans le même temps, les consentements à la participation à l'étude ont été simplifié et présenté afin d'être diffusés et utilisés pour le recueil de l'année scolaire 2020-2021. Ces documents ont été distribués à l'ensemble des établissements scolaires pour être remis aux élèves et à leurs parents.

Au cours de l'été, deux plaquettes de résultats ont été réalisées : l'une sur les élèves de sixième en Hauts-de-France et l'autre sur les élèves de seconde de l'académie d'Amiens.

De plus, au regard de la situation sanitaire liée à la Covid-19, des éléments ont été ajoutés dans le questionnaire pour pouvoir observer d'éventuels changements ou répercussions sur la santé des jeunes. Un premier travail a été fait dans ce sens au cours du premier trimestre 2021.

Plaquette 6^e



Plaquette 2^e



¹ pour plus de précisions sur le questionnaire cf. p. 92.

² application de gestion des indicateurs territorialisés, pour plus de précisions, cf. p. 90.

Covid-19 Enquête Roubaix

À la demande de l'ARS, une enquête sur la représentation du dépistage de la Covid-19 a été menée en décembre 2020 à Roubaix.

Pendant deux jours, les 19 et 22 décembre, les enquêteurs de l'OR2S ont arpenté le centre ville de Roubaix afin d'interroger les passants sur leur volonté de faire un test de dépistage et les raisons pour lesquelles ils ne le feraient pas.

Réalisé pour l'ARS, cette étude reposait sur le recueil de la perception des habitants de Roubaix ou de ceux y travaillant, et ne cherchait pas à quantifier le nombre de personnes favorables ou non au dépistage. L'idée était de recueillir les *verbatim* des personnes et de les rassembler par mots clés, l'ARS devant en tirer des arguments et illustrations pour inciter les personnes à se faire dépister lors de la grande campagne de dépistage de janvier 2021 à Roubaix.

Malgré un taux de refus important, ce sont près de 330 personnes, de tout âge et autant d'hommes que de femmes qui se sont prêtés au jeu, disant avec une réelle économie de mots, quelquefois en prononçant de vrais discours argumentés, qu'ils soient pour ou

contre le dépistage, voire même la vaccination.

Un petit tiers des personnes interrogées a déclaré vouloir participer à ce dépistage, un gros quart étant encore indécises au moment de l'enquête, des réponses assez identiques quel que soit le sexe; mais ce sont surtout les femmes qui se montrèrent les plus opposées au dépistage.

Protéger sa famille et se rassurer sont les principales raisons pour participer au dépistage ; s'être déjà fait tester, n'avoir pas de symptômes ou avoir peur de la douleur sont celles avancées pour ne pas participer. Quant aux personnes indécises, elles feraient le test si elles étaient sûres que cela protégerait leur famille et si cela pouvait les rassurer. Mais elles le feraient sûrement si quelqu'un de leur entourage était atteint par le virus.

Enfin, leur degré de confiance pour avoir des informations sur la Covid-19 est le plus haut si elles sont données par leur médecin généraliste, puis, mais bien plus loin, un membre de leur famille ou un pharmacien. Un nombre non négligeable de personnes ne font, de toute façon, confiance à personne.



État de santé bucco-dentaire

L'URPS chirurgiens-dentistes a confié à l'OR2S une étude sur les soins bucco-dentaires conservateurs pour les personnes de 30 à 59 ans, période d'activité professionnelle. Il s'agit d'objectiver les conditions de recours et de non-recours à ces soins et la nature des obstacles induisant le non-recours. Des messages de prévention et d'incitation à la consultation sont les livrables de cette étude. Elle est menée en partenariat avec l'Anthropo-Lab de l'institut catholique de Lille.

Plusieurs dispositifs de recherche sont mis en œuvre de manière séquentielle pour réaliser cette étude qui s'étend de 2018 à 2020.

Dans un premier temps, une enquête quantitative a permis d'objectiver le renoncement aux soins bucco-dentaires dans la population générale des 30-60 ans, incluant des patients bénéficiant de la CMU-C. Cette enquête quantitative s'est déroulée auprès d'un échantillon représentatif d'habitants des Hauts-de-France. Le questionnaire investigate plus largement l'état de santé de la population et sa situation sociale. Une estimation de l'augmentation de la probabilité de non-recours en fonction des caractéristiques des individus peut être décrite.

Cette première enquête de terrain a été complétée par des entretiens qualitatifs, sous forme de *focus groups* de 8 à 12 personnes, menés dans différents territoires de la région afin de documenter les croyances et représentations sociales liées au renoncement aux soins bucco-dentaires et pour identifier l'importance relative des biais et représentations sociales dans la prise de décision individuelle en matière de soins dentaires. Les personnes participantes aux entretiens le font sur une base volontaire, regroupées par territoires définis en 2019.

L'année 2020 a été consacrée à l'analyse des données de l'enquête quantitative et la mise en évidence de cinq groupes, correspondant à des situations socio-économiques et à des comportements différents par rapport aux soins buccodentaires conservateurs, avec la mise en évidence d'un gradient social.

L'étude qualitative a débuté en février 2019 et son analyse s'est terminée en juillet 2020.

Huit *focus groups* ont été montés dans toute la région réunissant 55 personnes, dont 33 femmes et 22 hommes. Ces groupes ont été composés selon un large spectre de populations : bénéficiaires de dispositifs d'accompagnement de l'Assurance maladie pour les personnes précaires, usagers de centres sociaux, élus, professionnels de santé, patients... L'analyse des *focus groups* s'est fondée sur la catégorisation de la population selon leur proximité avec les soins buccodentaires réalisée avec l'analyse quantitative. Elle a permis de comprendre le sens donné par les personnes à leurs comportements.

L'analyse de ces deux travaux permet de dégager des pistes d'action pour faire en sorte qu'un plus grand nombre de personnes puissent bénéficier de soins bucco-dentaires.

La dernière partie de l'étude confiée à l'Anthropo-Lab, la stratégie de *co-design* pour l'élaboration de messages de prévention, n'a pu être menée à bien compte tenu de la période de confinement de la fin de l'année 2020.

Quelques précisions concernant l'enquête qualitative
Le guide d'entretien a été construit en quatre thèmes pour mettre en exergue les situations réelles vécues par les participants afin de comprendre leurs habitudes d'hygiène bucco-dentaire et enfin appréhender les raisons de leur recours ou renoncement aux soins.

Le premier thème aborde la relation que les personnes interrogées ont avec leur santé au sens large. La deuxième partie aborde plus spécifiquement la santé bucco-dentaire avec comme objectif de voir si les personnes interrogées font une différence de traitement entre la santé globale et la santé dentaire. La relation aux professionnels est aussi questionnée. Était aussi abordée dans cette partie l'importance que les personnes donnent à avoir des dents saines et ce qu'elles savent sur les répercussions d'une mauvaise dentition ou de problèmes dentaires sur leur santé globale. La connaissance des actes préventifs en soins bucco-dentaires était ainsi confrontée à leurs pratiques quotidiennes. Les freins au recours aux soins ont été investigués ainsi que le renoncement aux soins.

La troisième partie du guide d'entretien n'était destinée qu'au public spécifique des dispositifs Pfidass et Arianes des Cpm qui permettent un accompagnement dans le recours aux soins.

Enfin, la dernière partie de l'entretien concernait la recherche des messages de prévention à faire passer auprès des publics pour changer les pratiques et inciter à davantage d'attitudes positives pour l'hygiène et les soins buccodentaires. Cette partie était une introduction au travail d'Anthropo-Lab pour débiter les travaux de co-construction de messages de prévention.

Bilan gériatrique / Plan des maladies neuro-dégénératives

Suite à un appel d'offre lancé par l'ARS des Hauts-de-France, l'OR2S s'est vu confier sur la période 2017-2020 la réalisation annuelle des bilans gériatriques et du plan des maladies neuro-dégénératives de la région.

Dans le cadre du suivi de la politique régionale de santé menée auprès des personnes âgées et des différents plans qui l'accompagnent (plan Alzheimer 2008-2012, plan maladies neurodégénératives 2014-2019), l'ARS publie chaque année un rapport concernant les services de gériatrie des établissements sanitaires de la région et les actions médico-sociales qu'elle soutient. L'objectif du bilan gériatrique régional et du PMND est de valoriser, sur la base d'un document produit annuellement, les données collectées auprès des services de gériatrie dans les établissements sanitaires des Hauts-de-France et des acteurs médico-sociaux tels que les plateformes d'accompagnement et de répit, les consultations mémoires, les Maia, les Esa. Ce bilan contribue à l'amélioration des connaissances des enjeux concernant la gériatrie dans les Hauts-de-France et au suivi des politiques publiques mises en place.

Les données sont recueillies de deux manières. Celles issues des établissements de santé, servant de base à la description des activités menées en 2017 dans le cadre de la filière gériatrique, sont désormais collectées via un questionnaire en ligne adressé à la centaine de services de gériatrie des établissements sanitaires de la région. Les données relatives aux activités médico-sociales menées en 2017 sont, quant à elles, mises à disposition par l'ARS sous différentes formes de fichiers (Excel, Powerpoint, PDF...).

Afin de mener à bien la rédaction du rapport de restitution des résultats, certaines tâches ont été réalisées. Tout d'abord, un contrôle qualité des données a été opéré (exhaustivité, détection d'anomalies et d'incohérences, etc.). Les fichiers de données ont été mis en forme (format Excel) afin de pouvoir disposer des tableaux et graphiques indépendamment du rapport écrit. Les indicateurs clés ont été systématiquement traités par département, territoire de démocratie sanitaire et, quand la nature des données le permet, par territoire de proximité.

Du fait de l'éparpillement initial des fichiers et de la volonté de reconduire annuellement cette enquête, l'OR2S a proposé une automatisation de la collecte de données opérationnelle dès 2018 pour la partie traitant des aspects sanitaires. L'automatisation a gagné la sphère médico-sociale lors du bilan mené en 2019 étant donné que des questionnaires en ligne concernant le reporting d'activité des PFR, Maia, Esa et Pasa ont été développés fin 2018.

Le rapport s'articule en deux grandes parties. La première partie traite plus particulièrement de la description des filières gériatriques telles que définies par la circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 et loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015. Plus précisément, l'analyse porte sur les données des secteurs suivants : courts séjours, équipes mobiles, hôpitaux de jour, soins de suite et de réadaptation, unités de soins de longue durée et psychogériatrie en Ehpad.

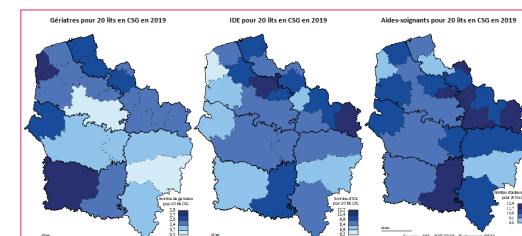
La seconde partie s'attache à donner des éléments permettant de suivre le développement de certaines mesures mises en place dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012 et confirmées par le Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019, à savoir : les consultations mémoire, les unités d'hébergement renforcées, les unités cognitivo-com-

portementales, le bilan de la mise en œuvre de certaines mesures médico-sociales (plateformes d'accompagnement et de répit, formation des aidants, méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie...). Le calendrier en 2020 a été légèrement bousculé par la crise sanitaire liée à la Covid-19. Ainsi, l'enquête lancée début 2020 décrivant l'activité 2019 a nécessité davantage de temps de collecte, les établissements subissant des réorganisations et des absences de personnel. La validation du document final n'a pu être concrétisée qu'en décembre 2020 avec publication officielle début 2021.

Celle portant sur les données d'activité de 2020 sera lancée comme habituellement début 2021. Le travail informatique ayant été finalisé sur les différents recueils, la quasi-totalité des données relatives à la filière gériatrique et aux actions menées dans le secteur médicosocial est désormais collectée par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne.



Effectifs de gériatres, IDE et aides-soignantes exerçant dans les établissements de court séjour gériatrique (en ETP pour 20 lits)



GeDiDoT

GeDiDoT, *Gestion et diffusion de données transfrontalières (BeVeGG en flamand)*, qui réunit les opérateurs de l'observation des Hauts-de-France, du Grand Est, du Hainaut et de Namur, vise à mettre en commun des données socio-sanitaires entre le nord de la France et la Wallonie. L'année 2020 a marqué la fin du programme.

Ce programme est co-financé par le Fonds européen de développement régional (Feder - Interreg V), le conseil régional Hauts-de-France et la région Wallonne pour la Belgique. Il poursuit le double objectif de disposer des données sociales et de santé couvrant la zone frontalière France-Wallonie et de sensibiliser les autorités, les professionnels de santé et autres associations locales à leurs rôles, choix et engagements en matière de santé et de santé publique.

GeDiDoT s'articule autour de trois modules de travail :

- une base de données transfrontalières ;
- des profils locaux transfrontaliers ;
- un infocentre de santé publique transfrontalier.

La construction de la base de données transfrontalière a donné naissance à l'Infocentre de santé (www.infocentre-sante.eu). Deux portes d'entrée permettent d'accéder aux informations : une liste d'indicateurs et une carte géographique transfrontalière. Les indicateurs ont été regroupés en six chapitres « Démographie » (18 indicateurs), « Déterminants socio-économiques » (16 indicateurs), « Offre de soins et de services » (11 indicateurs), « État de santé » (38 indicateurs), « Consommation de soins » (9 indicateurs) et « Environnement et santé » (10 indicateurs). De plus, sept fiches thématiques ont été

rédigées sur des sujets pour lesquels les données n'étaient pas disponibles ou comparables à l'échelle voulue.

Cinq de ces fiches sont regroupées dans l'onglet « Comportements de santé » pour lesquels seules des données d'enquêtes sont disponibles.

Une vidéo accessible sur le site fournit un mode d'emploi aux internautes.

Afin d'adapter au mieux l'offre d'information socio-sanitaire aux besoins des acteurs locaux, l'avis de plus de cent-dix acteurs locaux a été recueilli pour construire les futurs profils locaux de santé. Quatorze territoires transfrontaliers ont été définis et une liste d'indicateurs a été établie sur base des travaux menés par l'Infocentre de santé et des attentes exprimées par les acteurs de terrain. Les quatorze profils locaux transfrontaliers de santé ont été finalisés en 2019 et imprimés en 2019-2020. Deux profils ont été traduits en néerlandais. Tous les profils sont disponibles sur le site internet du projet. Pour chaque profil, une annexe chiffrée est également disponible en ligne. Une vidéo de présentation des profils et de leur utilisation est consultable sur le site.

Un premier profil a été présenté et distribué le 4 juin 2019 à des acteurs locaux. Les présentations se sont poursuivies durant l'année 2019 et le début de l'année 2020 avant d'être brutalement interrompues par la crise de la Covid-19. Au total, dix présentations ont eu lieu. Les profils ont également fait l'objet d'envois postaux.

Les partenaires ont par ailleurs élaboré plusieurs outils de communication (plaquette et poster de présentation, site Internet (<https://Gedidot.eu/>), comptes Twitter et LinkedIn, roll-up) et présenté en plusieurs lieux leur projet aux professionnels concernés.

La journée de clôture de *GéDiDoT* qui devait se dérouler à Valenciennes en avril 2020 a dû être annulée compte tenu des conditions sanitaires. Elle a été remplacée par une visio-conférence avec les partenaires du programme ainsi que par une visio-conférence avec la Commission européenne, intéressée par le programme et par sa pérennisation.



GeDiDoT - BeVeGG



Plateforme des partages de fichiers

La plateforme de partage de fichiers, mise en place par l'OR2S à la demande de l'ARS fin 2014, a été adaptée à une mise à jour de la procédure d'appel à projets 2020 établie par le pôle PPS de l'ARS

Cette plateforme a pour objectif de faciliter les échanges entre les différents acteurs des projets de prévention et de promotion de la santé gérés par l'ARS. Accessible par internet, elle permet aux promoteurs de projets de déposer les fichiers constitutifs de leur dossier de demande de financement, avec un accès sécurisé.

Par rapport à l'année précédente, les textes des pages d'accueil et de dépôt des fichiers ont été actualisés pour mettre en évidence les nouveaux documents nécessaires à l'appel à projets.

Les guides d'utilisation ont été mis à jour et complétés et près de cent comptes ont été créés ou modifiés (création et modification d'identifiant et de mot de passe, changement de droits d'accès).

Au total, plus de 900 comptes ont été créés depuis 2014. En 2020, la plateforme a permis aux porteurs de projets de déposer près de 400 lettres d'intention ou auto-évaluations, environ 200 dossiers de demande de subvention dans le cadre de l'appel à projets et environ 75 dossiers dans le cadre de la contractualisation.

Visuel de l'application

The screenshot displays a web application interface with several informational sections:

- CONDITIONS DE FINANCEMENT DES PROJETS EN PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ 2020:** Details the submission process, including the deadline of December 29, 2020, and the types of projects eligible for funding.
- CONTRACTUALISATION PLURIANNUELLE AVEC AVENANT ET CONTRACTUALISATION ANNUELLE:** Explains the multi-year funding process and the role of annual renewals.
- APP Mères 2020:** Provides information about the 'Mères' call for projects, including the deadline and the types of projects supported.
- APPel à l'utilisation de la Plateforme Projets:** Offers guidance on how to use the platform for project submissions.
- APPel méthodologique:** Lists various resources and guides available to help applicants understand the process.
- CONTACTS:** Provides contact information for the ARS and OR2S.

At the bottom of the page, there is a 'Connexion' (Login) form with fields for 'Identifiant' (Username) and 'Mot de passe' (Password), and a 'Connexion' button.

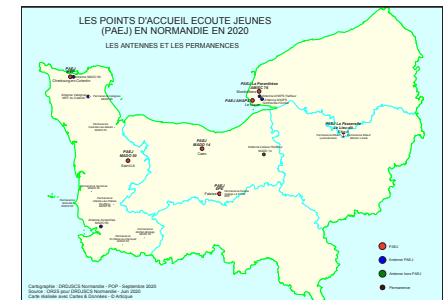
PAEJ

En 2019, à la demande de la DRDJSCS Normandie, l'OR2S a mené une étude sur les points accueil écoute jeunes (PAEJ, 12-25 ans). Un rapport a été remis au printemps 2020.

Structures légères, d'intervention de proximité (40 à 50 km de rayon), les PAEJ ont été créés en 2002 pour répondre au mal-être de certains jeunes et en rupture avec la société, lié à l'échec scolaire, aux conduites addictives, aux conflits et ruptures familiales, à la délinquance, la sexualité ou la radicalisation.

L'état des lieux menés en Normandie s'attache à cartographier ce que sont les PAEJ en 2018 sur le territoire, tant dans leur répartition géographique que dans leur fonctionnement. Il s'est appuyé sur les réponses au questionnaire envoyé aux sept PAEJ qui comprenait huit parties :

- signalétique, dont l'existence d'antennes et de permanences ;
- financement ;
- environnement, réseau ;
- ressources humaines ;
- publics accueillis ;
- informations, actions ;
- moyens matériels et numériques ;
- constats et besoins identifiés.



Santé au travail : le dispositif *Evrest*

Le dispositif national *Evrest* suit différents aspects des relations entre santé et travail à partir d'un recueil permanent d'informations obtenues à l'occasion du suivi médical des salariés. L'OR2S est sollicité pour valoriser les données normandes et accompagner les médecins du travail dans l'exploitation des données qu'ils collectent. En parallèle, l'OR2S intervient au niveau national pour différents travaux d'appui logistique au Gis *Evrest*.

Initié au début des années deux mille par des médecins du travail, le dispositif Évolutions et relations en santé au travail (*Evrest*) apporte des informations précieuses sur le vécu et le ressenti des salariés. Ce dispositif repose sur la participation de médecins du travail et de leurs équipes qui alimentent un échantillon national de salariés interrogés. Les données sont recueillies au cours des entretiens santé travail à l'aide d'un questionnaire standardisé. Les thématiques suivantes sont abordées : conditions de travail, formation, mode de vie et état de santé. Le dispositif *Evrest* repose sur une organisation en réseau à trois niveaux : national, régional et local.

Le niveau national est structuré autour d'un groupement d'intérêt scientifique (Gis) et s'appuie sur une « équipe projet nationale *Evrest* » chargée de la mise en œuvre du dispositif et de son évolution. Le partenariat de l'OR2S avec le niveau national a débuté en 2019 par le biais de quatre conventions distinctes concernant un appui logistique au Gis *Evrest*.

En 2020, un processus automatisé de traitement des données nationales a été mis en place avec un double objectif : détecter les incohérences des fiches de salariés rentrées depuis 2017, pour produire ensuite des rapports automatisés à l'échelle

nationale et régionale, comportant des analyses pondérées ou standardisées suivant la taille de la population. Les données traitées des années 2018-2019 ainsi que les rapports automatiques associés ont été livrés aux référents *Evrest* en décembre 2020.

Au niveau régional, des référents régionaux, médecins ou infirmiers de santé au travail ont pour mission principale de coordonner le dispositif en région. En Normandie, cinq référents de différents services de santé au travail normands assurent cette mission. À l'initiative et sous le pilotage du CHU de Rouen, un comité de pilotage régional a été mis en place en 2014 en Haute-Normandie puis étendu à la Normandie en 2017. Il se compose de médecins et d'infirmiers de santé au travail, de l'agence régionale de santé (ARS), de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte)¹ et de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat).

Dans le cadre de conventions pérennes cosignées annuellement avec le CHU de Rouen et le Gis *Evrest* national, l'OR2S est chargé de l'analyse et la valorisation des données recueillies en région, ainsi que l'accompagnement des médecins du travail dans le traitement et l'exploitation de leurs données. Les données d'*Evrest* Normandie collectées depuis 2015 ont de ce fait été valorisées dans la lettre d'information *Néo* (Normandie Études et Observation) de juin 2020 en abordant la relation entre travail et santé mentale. Les divers indicateurs de santé psychique telles que l'anxiété, le sommeil ou la fatigue y ont fait l'objet de croisement avec les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles.

Ces mêmes données ont aussi été analysées sous l'angle des classes d'âge de la population salariée, afin de mettre en évidence des liens entre troubles de santé (physiques ou psychiques) et le vieillissement. Les résultats constituent l'objet de la huitième lettre d'*Evrest* Normandie, validée par le comité de pilotage en octobre 2020 et publiée en mars 2021. Elle sera également déclinée sous forme d'un Flyer qui sera publié au premier semestre 2021.

¹ devenue Dreetts depuis le 1^{er} avril 2021.

Extrait de la lettre d'information *Néo* (juin 2020)



Valorisation des données de santé au travail

Dans le cadre du suivi du troisième plan régional santé au travail (PRST3) 2016-2020 en Normandie et de la mise en place de sa politique régionale d'agrément des services de santé au travail, la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) de Normandie a confié à l'OR2S la valorisation des données des services de santé au travail. En parallèle, la Direccte a également confié à l'OR2S la réalisation d'une cartographie numérique de l'ensemble des sections d'inspection du travail de Normandie.

La Direccte de Normandie est chargée d'accorder un agrément à chaque service de santé au travail qui fixe le cadre dans lequel le service de santé au travail est autorisé à intervenir pour mener ses missions. Elle doit ainsi mettre en place une politique régionale d'agrément dont l'objectif est d'assurer une couverture équilibrée du territoire normand et qui est présentée, pour avis, aux membres du groupe permanent régional d'orientation des conditions de travail (GPRO). Pour l'appuyer dans cette mission, l'OR2S, a réalisé une cartographie numérique et active de l'ensemble des services de santé au travail interentreprises en ligne, qui permet aux usagers, aux préventeurs et aux agents de la Direccte, de visualiser la répartition territoriale et d'obtenir une fiche d'identité des différents services. L'OR2S est chargé de la maintenance du site internet, de la cartographie et de l'intégration des données mises à jour. En outre, une plaquette de synthèse, publiée début 2019, qui présente l'activité des services de santé interentreprises de Normandie a été actualisée en 2020. Elle concerne les données des rapports annuels des médecins du travail (Ram) et des rapports administratifs et financiers (Raf) de l'année

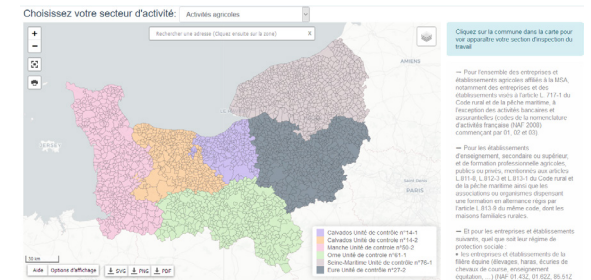
2018 de l'ensemble des services de santé au travail interentreprises de la région mais également des services de santé au travail autonomes qui suivent des salariés normands.

Par ailleurs, la Direccte de Normandie est chargée de mettre en œuvre la politique de l'État en matière de développement économique, de concurrence et de protection des consommateurs, d'emploi et de travail. À cet effet, elle assure des missions d'inspection, d'enquête et de contrôle. Ainsi, soucieuse d'améliorer l'information des usagers et des autres services avec lesquels elle collabore, la Direccte a confié à l'OR2S la réalisation d'une cartographie numérique de l'ensemble des sections d'inspection du travail de Normandie. Cette cartographie mise en ligne sur le site de la Direccte Normandie au 1^{er} décembre 2019 a été améliorée au début 2020. Elle a pour objectif de permettre aux acteurs du monde du travail de repérer l'unité de contrôle et la section d'inspection du travail dont ils dépendent selon leur secteur d'activité et la localisation géographique de leur entreprise d'exercice. Elle se décline selon les secteurs d'activité suivants : activités interprofessionnelles, activités agricoles, activités maritimes, activités ferroviaires, activités des transports et activités Seveso de Seine-Maritime.

Le troisième plan régional santé au travail (PRST3) en Normandie arrivera à échéance en fin d'année 2020. La Direccte sera chargée de décliner, en région, le prochain plan santé au travail n°4 (2021-2024). Précisément, elle aura la charge de piloter l'élaboration, l'animation, le suivi et l'évaluation du plan régional, lequel, à l'instar du plan national, devra s'appuyer sur une concertation étroite tant avec les partenaires sociaux, qui orienteront les axes

du plan à travers le comité régional d'orientation des conditions de travail (Croct), qu'avec les acteurs institutionnels de la prévention de la santé au travail. Les actions du prochain Plan régional santé au travail (PRST), qui engagera les partenaires préventeurs de la santé au travail à travers une feuille de route de quatre ans, doivent s'appuyer préalablement sur un diagnostic de la santé au travail en région Normandie. Comme cela avait été le cas pour le PRST3, la Direccte a confié à l'OR2S la charge de réaliser ce diagnostic territorial de santé au travail. Ce document a été finalisé à la fin du premier semestre 2020.

Exemple de la cartographie des sections d'inspection du travail de Normandie¹



¹ accessible sur le site Internet de la Direccte à l'adresse suivante : <https://s2.or2s.fr/carto-direccte-sections-inspections-travail/#carte>

Communauté de communes Caux-Austreberthe

La communauté de communes Caux-Austreberthe a souhaité s'impliquer dans la politique de santé en engageant la production d'un diagnostic socio-sanitaire permettant non seulement d'établir le profil de la population mais aussi de disposer d'une cartographie médicale et des projections à court terme des professionnels de santé.

La première phase a été de réaliser un état des lieux socio-sanitaire et de l'offre de soin du territoire. Cet état des lieux présente l'ensemble des indicateurs mobilisables pour le territoire aussi bien en mortalité, qu'en santé mentale, naissance, allocataires du RSA, de l'AAH... Ces indicateurs ont été déclinés par type de population et comparés aux échelles régionale et nationale et avec des territoires similaires. Les indicateurs en offre de soin et de services sont analysés notamment à partir du secteur libéral (généralistes, spécialistes, médecines alternatives, profils des praticiens...). Ils ont été replacés dans une vision comparative avec d'autres territoires et en perspective à partir des tendances actuelles.

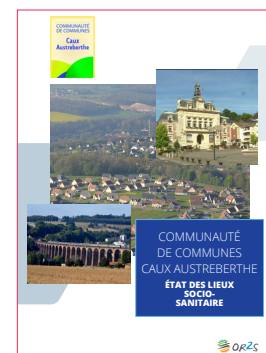
Une seconde phase du travail a consisté à interroger les acteurs de la santé pour identifier les forces en présence, leurs besoins et leurs attentes. Elle a abouti sur un diagnostic argumenté montrant les forces et les faiblesses du territoire tout en identifiant les enjeux.

La démarche participative a permis de faire émerger les représentations et la libre expression des attentes sur l'offre de soins, l'accès aux soins ainsi que le cadre de vie. La qualité de vie ressentie et les déterminants sociaux de la santé ont été aussi interrogés afin de proposer dans le cadre du plan santé des leviers pour la réduction des inégalités sociales de santé. Une vingtaine d'entretiens individuels ont été réalisés sur le terrain avec des personnes ou instances leaders dans la communauté de communes Caux-Austreberthe.

La population a aussi été intégrée au recueil des données. La crise sanitaire n'a pas permis de mettre en place des *focus groups* comme imaginé. Cela a été remplacé par un auto-questionnaire administré via une interface internet à une grande partie des foyers de la communauté de communes.

Le diagnostic quantitatif et les premiers résultats des entretiens ont été présentés début octobre 2020 lors d'une réunion du comité de pilotage. Les entretiens se sont poursuivis jusqu'en début d'année 2021 et l'enquête par questionnaire s'est achevée au printemps 2021.

Un document de synthèse permettra de restituer l'ensemble des conclusions des travaux diagnostiqués aux membres la communauté de communes Caux-Austreberthe et aux divers partenaires. Il mettra en exergue les points de convergence et de divergence entre les diagnostics objectivés et ressenti, ainsi que les leviers d'action potentiels et les obstacles éventuels à la mise en œuvre d'un contrat local de santé. Un plan d'action déclinera les travaux à mettre en œuvre.



| Swot/Afom | |
|--|---|
| <p>FORCES</p> <ul style="list-style-type: none"> Offre de soins Plan de santé médical Organisation des libéraux (SMA, PLASACTIS) Centre hospitalier Barentin veut s'ouvrir sur la ville et organiser le parcours de soins (Barentin-CC, Caux-Austreberthe) Prévention Organisation semaine bien-être à l'échelle de la CC (D36) | <p>FAIBLESSES</p> <ul style="list-style-type: none"> Offre de soins Professionnels de santé vieillissant (MG, pharmaciens) ou en sous densité (dentistes) Prévention Peu d'associations santé/social sur le territoire, peu d'actions collectives État de santé Surmontable : générale, prématernelle et évitable 1^{er} causes : Cancer et maladies cardio-vasculaires |
| <p>OPPORTUNITÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> AES Projet régional de santé : structuration offre de soins et prévention Financement législatif PLIA Offre de soins Modèle MSP France Prévention Données probantes sur les déterminants de santé des maladies cardio-vasculaires et des cancers : alimentation, activité physique Programmes d'action et de formation de Promoteurs santé Normandie (Prosp) | <p>MENACES</p> <ul style="list-style-type: none"> AES Territoire non prioritaire : <ul style="list-style-type: none"> bon du zonage des médecins peu d'actions collectives engagées pas d'annuaire territorial prévention/pratiquants santé pas de financement dédié Santé-PLIA |

Comité de pilotage « Plan santé » de la CC Caux-Austreberthe
Barentin - 14 octobre 2020

EnJEU Santé

L'OR2S poursuit le déploiement du dispositif d'observation de la santé des jeunes en milieu scolaire Enquête auprès des JEUnes sur la santé (EnJEU Santé) en partenariat avec le rectorat de l'académie Normandie. L'objectif est de disposer d'indicateurs territorialisés régulièrement actualisés sur la santé des élèves et d'en assurer le suivi.

La volonté de renouveler une enquête sur la santé des jeunes en milieu scolaire pour disposer d'informations territorialisées en Normandie et permettre ainsi une analyse des inégalités sociales et territoriales de santé a amené l'OR2S à proposer un dispositif régional inspiré de l'enquête *Jesais* mise en place dans l'académie d'Amiens depuis une quinzaine d'années. Ce dispositif repose sur un outil informatisé de recueil pérenne de données. En Normandie, l'enquête concerne les élèves au cours de leur douzième année et scolarisés dans les établissements publics de l'académie Normandie.

Une partie de l'enquête est renseignée par les infirmier(ère)s scolaires lors du dépistage obligatoire de la douzième année de l'élève et l'autre partie est complétée par l'élève. La saisie est réalisée via deux questionnaires informatisés (un questionnaire infirmier et un questionnaire élève). Une fiche intégrant l'ensemble des données saisies peut être enregistrée au format PDF et imprimée sur papier. Les résultats seront disponibles par établissement scolaire et mis en parallèle avec d'autres niveaux territoriaux (Bef, département, région, etc.)

Dans le questionnaire infirmier, sont notées leurs observations suite aux différents examens qu'ils(elles) ont effectués lors de la visite obligatoire : poids, taille, état dentaire, vision, vaccinations qui

figurent sur le carnet de santé. Ils(elles) interrogent également les élèves sur leur éventuelle prise en charge par un professionnel de santé et sur leurs problèmes de santé.

Les thématiques abordées dans le questionnaire élève ont trait à la famille (activité professionnelle des parents, composition familiale), aux relations amicales, à la scolarité, à l'hygiène de vie (sommeil, hygiène bucco-dentaire), à l'alimentation et aux pratiques sportives, aux écrans et à internet, aux consommations de cigarettes, d'alcool et de drogue, à la santé mentale (estime de soi, dépressivité, suicide) et aux actions d'éducation à la santé.

L'enquête, démarrée pendant l'année scolaire 2017/2018 dans les établissements scolaires de l'Eure et de la Seine-Maritime s'est élargie en 2019 aux départements du Calvados et de l'Orne puis présentée à celui de la Manche en octobre 2020.

Au cours de l'année 2020, différents travaux ont été réalisés. Un flyer présentant quelques caractéristiques des élèves de sixième pour les années scolaires 2018-2019 et 2019-2020 (sur la période post confinement) a été produit. Le consentement à la participation à l'étude a été révisé, permettant une simplification de la communication autour du dispositif. Ces documents ont été distribués à l'ensemble des établissements scolaires pour être remis aux élèves et à leurs parents.

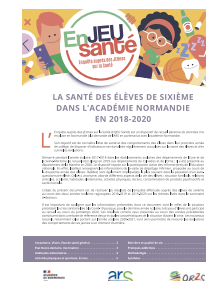
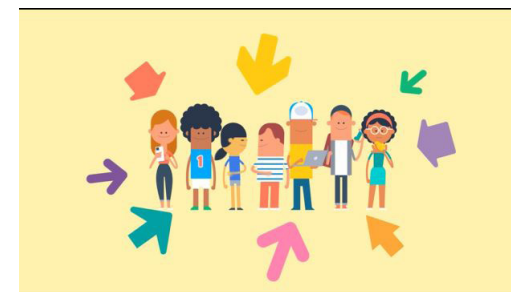
Une vidéo a également été réalisée pour faciliter la communication du dispositif et mieux informer tous les acteurs impliqués dans le dispositif que ce soit les personnels de l'Éducation nationale, particulièrement les infirmier(ère)s mais aussi les parents et naturellement leurs enfants.

Au cours de l'été, le questionnaire a été complété afin d'aborder la situation de crise sanitaire et les éventuelles répercussions sur la santé des élèves. Ces éléments étaient opérationnels pour la rentrée de septembre.

En septembre, le travail de consolidation des données recueillies au cours de l'année scolaire 2019-2020 a été réalisé : nettoyage des bases, validation et contrôle de cohérence. Lorsque les données paraissaient incohérentes, une vérification est faite auprès des infirmier(ère)s scolaires.

Ainsi, les données de 2018-2019 et 2019-2020 ont pu être analysées et une plaquette synthétique a pu être diffusé au premier semestre 2021.

Vidéo



SCORE-Santé

La base SCORE-Santé est née en 1998 à la suite de la démarche « La santé observée », menée par la Fnors et les ORS, et de son rapprochement de la base régionale de santé publique (BRSP) développée par deux services du ministère chargé de la Santé : Sesi et Sintel.

L'objectif de la base est de présenter des données sur la santé des populations et sur ses déterminants. En accès gratuit sur internet, elle est utilisée par les professionnels de santé, chargés de mission/études, statisticiens, épidémiologistes, documentalistes, journalistes, ou personnels qui exercent dans des établissements de santé, au sein de collectivités territoriales, des associations, des ARS ou encore dans des agences nationales et des organismes de protection sociale.

L'OR2S, les ORS Nouvelle-Aquitaine et Bretagne, le Creai-ORS Occitanie et la Fnors font partie du groupe technique qui est chargé de faire fonctionner le programme SCORE-Santé dans le cadre d'une CPO passée avec le ministère en charge de la santé (période 2019-2021).

SCORE-Santé regroupe des indicateurs de santé concernant la population et ses conditions de vie, son état de santé, les pathologies, le comportement, l'environnement, les structures et activités de soins ainsi que les structures et activités de prévention. Il est possible de les visualiser sous forme de cartes ou, pour certains indicateurs, d'en apprendre plus sur le contexte auquel ils sont rattachés.

La mise à jour d'un certain nombre de données, provenant notamment de l'Inserm, des trois principaux régimes de l'assurance maladie, de la Cnaf, de la Drees et de l'Insee, est pérenne. Pour une grande

partie des bases de données, elle est assurée par les outils de calcul et de cartographie développés au sein de l'OR2S¹.

En 2020, SCORE-Santé a été enrichie de nombreux indicateurs issus de bases de données offrant une année supplémentaire d'observation. C'est notamment le cas pour les bases en provenance des deux principaux régimes de l'assurance maladie pour les ALD, mais aussi des données sociales en provenance de la Cnaf et de la CCMSA ou encore des données du recensement de population 2017. Ainsi, de nouveaux indicateurs ont été intégrés dans les thèmes de mortalité évitable, de modes de vie, d'étrangers et immigrés, de structure de la population, d'IVG, d'enfants d'âge scolaire, de dépenses de l'aide sociale départementale, et de professionnels de santé.

Par ailleurs, pour la partie Statiss, l'arborescence a été toilettée à travers le reclassement des indicateurs, la modification de certains thèmes et la suppression des thèmes de caractéristiques générales. L'outil cartographique a vu l'ajout d'un nouveau mode de représentation (symboles proportionnels) et la mise à jour de méthodes de discrétisation.

Le seizième numéro de la lettre électronique SCORE-Santé a été diffusé en décembre 2020 aux ORS, aux organismes et services membres du groupe projet, mais aussi aux personnes inscrites sur la base SCORE-Santé. Volontairement succinctes, les lettres comportent quatre à cinq rubriques selon les numéros. Dans ce numéro, il est fait référence à l'enquête menée auprès des utilisateurs de SCORE-Santé et aux deux dernières fiches méthodologiques. La première porte sur la standardisation des indicateurs appliquée au domaine de

la santé et la seconde sur la mortalité évitable par prévention ou traitement. En effet, depuis quelques années, des notes méthodologiques ont été élaborées lorsqu'il était nécessaire d'apporter des informations plus détaillées que celles disponibles dans la documentation de l'indicateur.

Fiches méthodologiques



Lettre électronique



¹ cf. p. 89, Développement informatique - outil de calcul.

Formation à la sécurité des systèmes d'information

L'OR2S a alerté les autres observatoires de la santé sur la nécessité d'élaborer une politique de sécurité des systèmes d'information au-delà de la seule nomination d'un(e) délégué(e) à la protection des données (RGPD).

Les données traitées par les observatoires régionaux de la santé (ORS) sont au cœur des problèmes de sécurité et de l'importance de la sécurité de l'information dans les traitements effectués mais aussi dans le recueil des données et leur archivage.

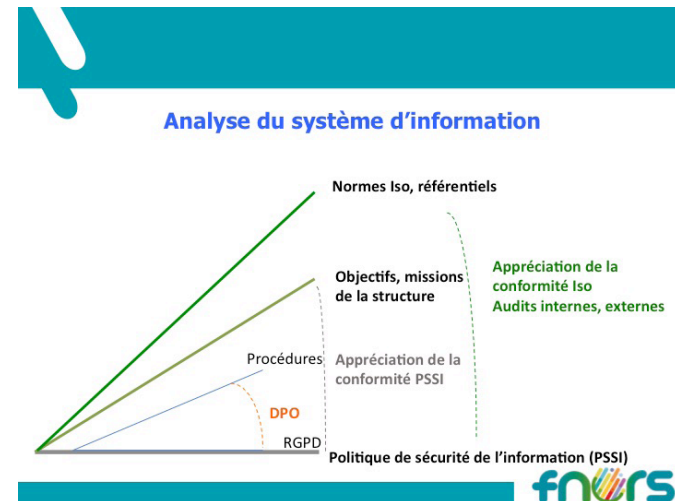
Si les ORS avaient assez rapidement réagi à la désignation d'un(e) délégué(e) à la protection des données inscrit dans le RGPD, les problèmes de sécurité et la nécessité d'élaborer à leur niveau une véritable politique de sécurité des systèmes d'information avaient largement été sous-estimés. La proposition d'un groupe de travail au sein de la Fnors sur cette problématique n'avait d'ailleurs rencontré aucun écho et le groupe n'avait pas été constitué dans un premier temps.

Convaincu cependant de la nécessité d'avoir une réflexion sur la sécurité de systèmes d'information, une communication a été faite lors de la réunion des directeurs des ORS le 10 janvier 2019 qui a débouché sur une journée de formation qui s'est tenue le 21 juin dans les locaux de la Fnors.

Cette journée de formation a permis de revenir sur les enjeux de la sécurité des systèmes d'information, particulièrement pour les ORS. Comme pour toute structure, notamment de petite taille, le risque majeur est la perte de notoriété suite à une perte de la confidentialité, de l'intégrité et de la disponibilité des données. À l'échelle des observatoires régionaux de la santé, un tel risque peut avoir des conséquences dramatiques suite à la perte de confiance des partenaires. Bien plus, cette perte rejaillirait très certainement sur l'ensemble du réseau des ORS.

La formation des directeurs a débouché sur la création d'un groupe de travail animé par l'OR2S et rassemblant trois ORS dont la feuille de route a été de créer les outils nécessaires à l'écriture d'un cahier des charges pour que les ORS puissent élaborer leur PSSI.

Après s'être réuni trois fois en 2019, et une fois en février 2020, ce groupe de travail devait finaliser en 2020 un cahier des charges sur l'implantation d'une politique de sécurité de l'information dans les ORS. Compte tenu des confinements successifs de 2020, le travail de ce groupe a été reporté en 2021.



Covid-19 Profils territoriaux

La Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) et les observatoires régionaux de la santé (ORS) ont rédigé en mai 2020 des profils de territoires au niveau de chaque établissement public de coopération intercommunale - EPCI (métropoles, communautés d'agglomération, communautés urbaines ou communautés de communes) de France.

Ces profils permettent de caractériser chaque territoire à partir d'une sélection d'indicateurs en lien avec les facteurs de risque de gravité de la Covid-19 ou avec les situations pouvant favoriser la circulation du virus. Ils ont vocation à aider les décideurs et les acteurs dans le cadre de l'épidémie de Covid-19.

En complément, une synthèse nationale permet de voir les similitudes et particularités des EPCI au regard des caractéristiques de la population sur l'ensemble du territoire national. Elle souligne les inégalités territoriales face à la propagation de la Covid-19. À partir de ces travaux, un regroupement des EPCI de France en sept groupes distincts vient en aide aux décideurs, ainsi qu'aux acteurs concernés, y compris les citoyens, pour décliner de manière adaptée à chaque territoire les mesures de prévention pour réduire la circulation du virus.

Le choix de ce niveau territorial des EPCI a été retenu pour prendre en compte un niveau de décision politique qui soit de taille pour produire des indicateurs ayant une bonne robustesse et pour disposer dans un délai court des données.

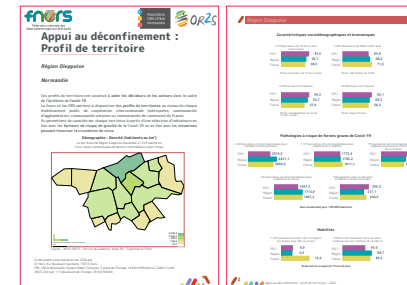
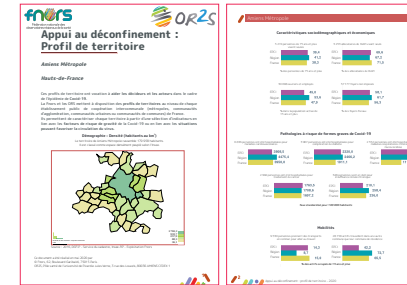
Le document final comporte deux parties. Un ensemble de 1 250 fiches correspondant chacune à un EPCI est la première partie. Trente-quatre indicateurs sont répartis en cinq thèmes : démographie, conditions de vie, caractéristiques socio-économiques, pathologies et état de santé à risque de formes graves de Covid-19, mobilités et accès aux services et aux soins.

La synthèse nationale est la seconde partie. Elle présente une typologie des EPCI de France construite à partir de l'ensemble de ces indicateurs et regroupant les EPCI en sept classes distinctes selon leurs caractéristiques, une série de vingt-trois fiches présentant une sélection d'indicateurs au niveau national avec une carte de France à l'échelle des EPCI et un tableau de synthèse rassemblant l'ensemble des indicateurs produits.

Une note méthodologique détaillée vient compléter le document.

L'OR2S a réalisé la maquette de base pour les profils et l'ensemble des templates pour les graphiques et les cartes qui ont été générés automatiquement par l'outil de cartographie.

L'ensemble des 1 250 profils de territoires et la synthèse nationale sont accessibles à l'adresse suivante : https://www.scoresante.org/profils_territoires.html



PÔLE SOCIAL

Données de nature sociale

Les données sociales disponibles à l'OR2S sont issues d'un conventionnement préalable avec des producteurs de données au niveau national, d'un conventionnement avec des acteurs régionaux signataires de la charte des Plateformes sanitaires et sociales, ou sont téléchargeables librement sur les sites internet de différents producteurs de données. Par ailleurs, dans le cadre des Plateformes¹, et grâce à la volonté commune de multiples acteurs, de nombreuses données de nature sociale couvrant des thématiques variées sont partagées.

Des données de nature sociale sont produites par différents organismes pour leurs propres besoins. Outre leur vocation première, ces données permettent d'améliorer la connaissance dans le domaine social de la population aux plans régional et infra-régional.

Une description de la situation sociale relativement fine est rendue possible par la production d'indicateurs déclinables à différents niveaux géographiques ; elle est la plus complète possible, via la multitude des thématiques couvertes. Les indicateurs disponibles se rapportent aux thématiques suivantes :

- démographie ;
- éducation et scolarité ;
- emploi, fragilité professionnelle et revenus ;
- allocations et autres prestations ;
- logement ;
- personnes en situation de handicap ;
- enfance et familles ;
- personnes âgées.

Les données proviennent de sources multiples, une même source pouvant alimenter plusieurs thématiques. Selon les données, elles couvrent

l'ensemble du pays, permettant ainsi des comparaisons avec le niveau national et les autres régions de France, ou sont uniquement disponibles au niveau de l'une des deux régions, ne permettant pas de comparaisons avec le niveau national (sauf dans certains cas où la valeur nationale est disponible par ailleurs).

Les indicateurs produits peuvent être enrichis en fonction des besoins et des demandes des partenaires.

À leur réception, les données sont validées, puis intégrées dans l'outil de calcul² de l'OR2S. Des formules permettant le calcul d'indicateurs sont ensuite mises en œuvre.

Certains indicateurs sont accessibles, à différents échelons géographiques pour les membres des Plateformes sanitaires et sociales des deux régions, via un login et un mot de passe sur les sites internet dédiés (dans la partie dédiée aux indicateurs³).

Ces données permettent également d'alimenter les bases d'indicateurs disponibles en *open data* (SCORE-Santé⁴ au niveau national, celle de la Plateforme sanitaire et sociale en Hauts-de-France et de Neo en Normandie¹) ainsi que des espaces sécurisés accessibles aux partenaires via un login et un mot de passe personnalisés (Agit⁵). En outre, elles sont utilisées pour la production des états des lieux territorialisés et les communications orales.

¹ cf. page 79, pour plus de détail concernant la Plateforme sanitaire et sociale Hauts-de-France et en p. 80 pour Normandie Études et observation.

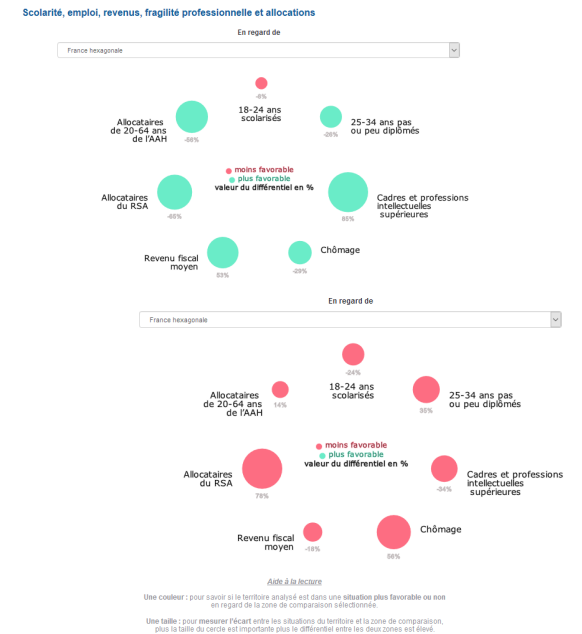
² cf. p. 89, Outil de calcul.

³ la Base territoriale des indicateurs, cf. p. 78.

⁴ cf. p. 72, pour plus de précisions.

⁵ application de gestion des indicateurs territorialisés, pour plus de précisions, cf. p. 90.

Exemple d'une illustration générée dans un espace projet d'Agit pour la CC de l'Aire Cantilienne et la CA du Boulonnais



Exemple de données disponibles en open data

| DATE | NOMBRE D'ALLOCATAIRES | TAUX D'ALLOCATAIRES | NOMBRE D'ALLOCATAIRES ANCIENS | | TAUX D'ALLOCATAIRES ANCIENS | | NOMBRE D'ALLOCATAIRES DE LA PAPA | | TAUX D'ALLOCATAIRES DE LA PAPA | | NOMBRE D'ALLOCATAIRES DU PAFSP | | TAUX D'ALLOCATAIRES DU PAFSP | |
|--|-----------------------|---------------------|-------------------------------|-----------|-----------------------------|-----------|----------------------------------|-----------|--------------------------------|-----------|--------------------------------|-----------|------------------------------|--|
| | | | moins 1 an | plus 1 an | moins 1 an | plus 1 an | moins 1 an | plus 1 an | moins 1 an | plus 1 an | moins 1 an | plus 1 an | | |
| FRANCE HEXAGONALE | 12 817 578 | 41,6 | 6 788 331 | 75,1 | 1 987 056 | 22,9 | 707 353 | | | | | | | |
| FRANCE (REGION 2020) | 605 735 | 41,8 | 351 056 | 76,7 | 105 038 | 33,1 | 38 869 | | | | | | | |
| NORMANDIE (DEPARTEMENT 2020) | | | | | | | | | | | | | | |
| Calvados | 143 645 | 45,9 | 72 192 | 76,7 | 21 421 | 22,8 | 7 604 | | | | | | | |
| Manche | 189 292 | 42,9 | 100 897 | 75,6 | 34 916 | 33,1 | 8 463 | | | | | | | |
| Mayenne | 105 383 | 39,2 | 48 412 | 76,2 | 14 948 | 22,9 | 4 284 | | | | | | | |
| Orne | 52 222 | 40,4 | 27 285 | 77,2 | 8 001 | 27,7 | 3 012 | | | | | | | |
| Sarre-Maritime | 272 190 | 48,3 | 138 242 | 77,4 | 42 792 | 24,0 | 15 955 | | | | | | | |
| NORMANDIE - CANTON VILLE E (2020) DE PLUS DE 500 HABITANTS | | | | | | | | | | | | | | |
| 1401 - Arras sur Camille | 2 441 | 41,4 | 2 448 | 76,0 | 809 | 36,0 | 144 | | | | | | | |
| 1402 - Beuvens | 2 842 | 44,0 | 3 338 | 81,6 | 642 | 23,5 | 205 | | | | | | | |
| 1403 - Brethelle-Ogéebois | 4 137 | 39,5 | 3 931 | 74,0 | 1 110 | 24,9 | 130 | | | | | | | |
| 1404 - Cabourg | 4 848 | 30,0 | 2 996 | 74,3 | 837 | 21,4 | 209 | | | | | | | |
| 1405 - Cauc (Brethelle sur Ouche) | 1 024 | 29,4 | 1 024 | 100 | 16 | 1,6 | 16 | | | | | | | |
| 1406 - Cauc 2 (Haut-Pasquier) | 1 641 | 41,9 | 1 641 | 100 | 16 | 1,6 | 16 | | | | | | | |

Base territoriale des indicateurs

En plus des productions papier des Plateformes sanitaires et sociales, les signataires des chartes ont accès à des indicateurs déclinés à différents niveaux géographiques, sur les espaces dédiés des sites internet des Plateformes via la Base territoriale des indicateurs.

Depuis le début de l'année 2015, un espace dédié accessible à partir du site internet des Plateformes permet à des personnes identifiées travaillant au sein des structures signataires de la charte d'obtenir des indicateurs valides et colligés, en se connectant sur un espace sécurisé via un login et un mot de passe personnels. Cette mise à disposition des données est rendue possible grâce aux concours financiers des conseils régionaux, des ARS, de la DRJSCS¹ Hauts-de-France et de la DRDJS¹ de Normandie, d'une part, et grâce aux partenariats avec les institutions et les organismes qui produisent/fournissent les données, d'autre part.

Les données permettant d'alimenter cette base d'indicateurs proviennent de sources multiples. Elles sont issues d'un conventionnement préalable avec des acteurs régionaux signataires de la charte des Plateformes, d'un conventionnement avec des producteurs de données au niveau national, ou sont téléchargeables librement sur les sites internet de producteurs de données.

À partir des tables de données préalablement intégrées, un outil de calcul permet d'obtenir de façon rapide des indicateurs calculés en temps réel via l'interrogation effectuée par l'utilisateur. Diverses représentations cartographiques de ces indicateurs sont alors possibles, sans besoin d'une réflexion particulière sur la discrétisation à retenir.

Pour accéder à la base, les partenaires doivent suivre une formation d'une demi-journée dispensée par l'OR2S afin de permettre aux utilisateurs d'avoir une bonne utilisation de cet outil et de présenter les données intégrées. Les identifiants de connexion sont envoyés aux participants qui ont signé un acte d'engagement d'utilisation des données.

Les données disponibles sont garanties du secret statistique et respectent les conventions passées entre l'OR2S et les organismes fournisseurs ainsi que le RGPD. C'est la raison pour laquelle certaines données ne sont pas accessibles par internet alors qu'elles sont présentées dans les documents papier. Pour les mêmes raisons, certains indicateurs ne sont pas disponibles à des échelons géographiques fins alors qu'ils le sont pour des territoires peuplés. Un peu plus de soixante utilisateurs disposent ainsi d'indicateurs actualisés régulièrement sur l'échelon le plus proche de leur territoire d'expertise : pour le niveau géographique le plus fin de leur choix, soit le canton, l'EPCI, le Bef ou le bassin de vie. Les indicateurs proposés sont répartis en neuf thématiques.

Cette base, naturellement évolutive, s'inscrit dans la pérennité. Elle est en permanente adéquation avec les demandes. Ainsi, les indicateurs sont régulièrement mis à jour en fonction de la disponibilité des données. De même, en fonction des besoins spécifiés, de nouveaux indicateurs et de nouvelles thématiques peuvent être intégrés à l'image de celle sur les prestations qui s'est étoffée d'indicateurs sur le RSA relevant d'une réflexion issue d'un groupe de travail sur les *minima* sociaux mis en place dans le cadre de la PF2S. L'affichage des cartographies a été développé via *Javascript* afin de pouvoir les visualiser sur les mobiles et les tablettes.

Page d'accueil de l'espace dédié

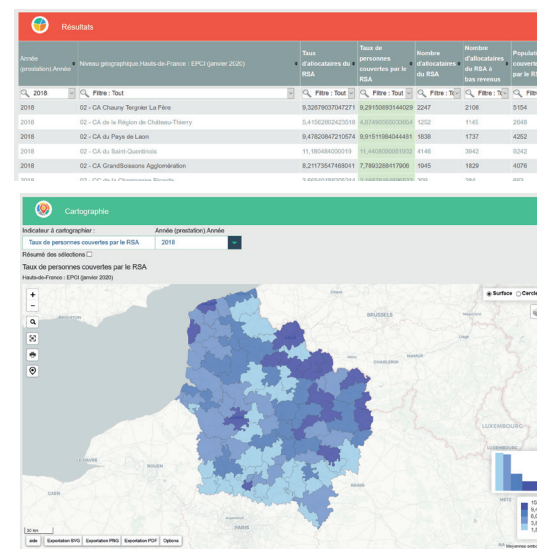


BIENVENUE

Vous accédez à la base territoriale des indicateurs du site internet... Texte spécifique à chaque Plateforme

ACCÈS À LA BASE D'INDICATEURS

Exemple de tableau et de cartographie générés



¹ devenue Dreetts depuis le 1^{er} avril 2021.

Plateforme Hauts-de-France

Le travail de la Plateforme sanitaire et sociale Hauts-de-France a été largement perturbé en 2020 du fait de la crise sanitaire. Trois numéros de la revue sur quatre ont pu toutefois paraître mais la journée annuelle a été reportée en 2021.

Après son installation le 19 juin 2018 et la signature de la Charte de partenariat, les travaux de la Plateforme sanitaire et sociale ont pris de l'ampleur en 2019.

Pour rappel, les trois objectifs généraux du dispositif sont :

- d'améliorer la connaissance de l'évolution sociale et de l'état de santé des populations de la région ;
- de mener des études thématiques selon les besoins dans les champs sanitaire, social, médico-social et de l'addictologie ;
- de connaître l'évolution des institutions et acteurs de la santé et de la cohésion sociale.

Ils se complètent de six objectifs opérationnels :

- la mise en œuvre d'une coopération régionale couvrant les champs de la santé, du médico-social, de la cohésion sociale, du logement... ;
- la production d'une information opérationnelle par et pour les acteurs ;
- les recensements, valorisation et diffusion de données statistiques (enquêtes, études, diagnostics...);
- l'analyse des besoins en matière de données sanitaires, sociales et médico-sociales ;
- la mise en œuvre d'une méthodologie garante de la cohérence des informations élaborées et leur fiabilité ;
- la création d'une veille pour améliorer la connaissance de l'évolution socio-sanitaire des populations.

Enfin, six outils permettent à la Plateforme de conduire ses missions :

- la base territoriale des indicateurs (BTI), consultable via internet, avec un accès restreint aux partenaires financeurs et membres contributeurs de données (cf. page précédente) ;
- le site internet offrant un espace dédié à l'*open data* avec cartographie dynamique ;
- la mise en ligne des publications réalisées par la Plateforme et ses partenaires ;
- la réalisation d'une journée régionale d'étude et de partage ;
- la rédaction d'une lettre d'information électronique trimestrielle ;
- l'organisation et l'animation d'un club régional de l'observation et de groupes de travail.

Un seul des deux comités de pilotage annuels a pu se tenir en 2020 (2 juillet), co-présidés par le préfet de région (DRJSCS¹), le directeur général de l'ARS et le président du conseil régional, ou leurs représentants. Le secrétariat est tenu par l'OR2S. Le Copil a entériné la suppression de groupe santé environnement au profit de la future création d'un observatoire santé environnement. L'installation du groupe de travail sur l'hébergement et le logement s'est déroulée le 5 novembre, celle sur l'économie sociale et solidaire le 1^{er} octobre. Le Club de l'observation qui n'avait pas pu être mis en place en 2019, s'est réuni le 30 juin. Le Copil d'avril 2019 avait aussi validé la création d'un groupe de travail médico-social. Malheureusement, alors que son installation était prévue en 2020, par deux fois elle a été annulée pour cause de confinement.

La Charte de la Plateforme devait être signée par l'université d'Artois en mars 2020, le jour même où le confinement est entré en vigueur. La tenue des élections a fait décaler cette signature en 2021.

La journée annuelle de la Plateforme qui devait se tenir en décembre 2020 sur les impacts de la crise sanitaire a été repoussée en 2021, pour cause de second confinement. Elle se déroulera en mai et juin 2021 sur forme de cinq webinaires portant sur la situation sanitaire, les impacts économiques, sanitaires et sociaux. Le cinquième sera consacré au regard porté sur la crise par un philosophe à la lumière des webinaires précédents.

Trois numéros sur les quatre prévus à l'année de la revue *Plateforme sanitaire et sociale* ont été publiés au cours de l'année en mai, juillet et octobre (cf. p. 102).

¹ devenue Dreetts depuis le 1^{er} avril 2021.

Rapport d'activité de la Plateforme



Normandie études et observation

Le 29 mai 2019, la plateforme d'observation sanitaire et sociale de Normandie a été lancée sous l'appellation de Normandie Études Observation (Neo)

Un groupe de travail, composé de l'ARS, la DRDJSCS¹, l'OR2S et le Creai-ORS Normandie, a œuvré depuis 2018 à la mise en place de cette plateforme. Il s'est tout d'abord attelé à la consolidation de l'écriture de la charte de fonctionnement dont la rédaction avait été engagée dès 2017.

Les co-présidents de *Normandie Études et Observation* sont les institutions qui financent l'ensemble de ses activités, soit l'État et l'ARS. Toutefois, le conseil régional fait également partie des organismes décideurs au sein du comité de pilotage.

Deux instances ont été installées afin d'assurer le fonctionnement de *Normandie Études et Observation* : le comité de pilotage (Copil) et le comité de suivi.

Instance décisionnelle, le Copil définit les modalités de fonctionnement, sur proposition du comité de suivi. Il détermine les orientations stratégiques et le programme de travail (feuille de route annuelle), assure le suivi des diverses conventions et autorise l'adhésion de nouveaux membres.

Instance technique, le comité de suivi assure le suivi régulier des travaux décidés par le Copil. Il est en charge de la mise en œuvre opérationnelle du programme de travail et rend compte des travaux au Copil. Il est également force de proposition pour le Copil.

En 2020, *Neo* a fonctionné *a minima*. Une réunion du comité de suivi s'est tenue le 17 septembre en visio-conférence.

La base territoriale des indicateurs a été maintenue pour les utilisateurs disposant d'un accès. Elle a été mise à jour avec les nouvelles données rendues disponibles en 2020. Certains découpages territoriaux ont également été actualisés. De nouvelles fonctionnalités ont été envisagées en vue d'améliorer l'ergonomie de l'outil. Les animateurs de la base territoriale des indicateurs ont également assuré un appui technique aux utilisateurs. Les formations initialement prévues fin 2019 et repoussées en mars 2020 se sont tenues à Caen et à Rouen juste avant le confinement.

Le comité de suivi s'est organisé en deux groupes de travail thématiques ouverts à d'autres techniciens ou experts quand les travaux porteront sur certains domaines précis. L'OR2S pilote celui sur la pauvreté-précarité, l'ORS-Creai celui sur handicap et observation. Une première réunion d'installation du groupe pauvreté-précarité a eu lieu en visio-conférence le 30 juin et une rencontre avec le commissaire à la lutte contre la pauvreté est envisagée pour contribuer à l'écriture de la feuille de route du groupe. Le groupe sur handicap et observation s'est réuni aussi en juin 2020 avec comme feuille de route la capitalisation des indicateurs disponibles pour valoriser les matériaux existants (notamment remontées départementales des MDPH à la CNSA) et l'exploitation et valorisation de l'enquête ES.

Le site internet *Neo* a été régulièrement mis à jour. Il comprend différentes rubriques : Actualités, Qui sommes-nous ?, Publications, Données (accès à la base de données).

Un module d'inscription à la lettre électronique et aux publications est également prévu.

Une vidéo de présentation de *Neo* d'une durée de deux minutes a été réalisée par les soins de l'OR2S.



Vidéo Néo



¹ devenue Dreetts depuis le 1^{er} avril 2021.

Aide alimentaire Seine-Maritime

La direction départementale de la cohésion sociale de Seine-Maritime (DDCS 76) a souhaité connaître de manière fine l'organisation de l'aide alimentaire dans le département. Les objectifs de cette étude sont de vouloir construire une modélisation de l'aide alimentaire.

Cette modélisation passe d'abord par une meilleure connaissance des acteurs, en analysant leur implantation dans le territoire, leur mode de fonctionnement et en pointant les éventuels problèmes auxquels ils doivent faire face ou ont dû faire face en 2020 avec la crise sanitaire.

Il s'agit aussi de proposer des pistes d'amélioration, à partir de solutions innovantes mises en place par des acteurs, notamment liées à la crise. Une attention est aussi portée à l'émergence de nouveaux publics, d'une part, et de nouveaux acteurs de l'aide alimentaire, d'autre part.

L'objectif opérationnel de ce travail est de réaliser une étude par entretiens auprès des structures de l'aide alimentaire du département de la Seine-Maritime afin de comprendre le fonctionnement de l'aide alimentaire : organismes concernés, collectes, achats, stockage, livraisons, distribution, critères d'admission et de coordination et de pointer les éventuelles synergies ou dysfonctionnements. Il s'agissait aussi de comprendre qu'elles avaient été et sont encore les conséquences de la crise sanitaire et des périodes de confinements et déconfinements successives.

Enfin au-delà des organismes de l'aide alimentaire aux populations, le spectre d'étude a été élargi à d'autres acteurs impliqués dans cet éco-système, comme le conseil départemental, les CCAS/CCIAS.

Des entretiens ont été sollicités avec une cinquantaine de structures locales impliquées directement dans l'aide alimentaire, qu'elles soient reliées ou non à un réseau national comme les Restos du Cœur ou la Croix-Rouge, et réparties sur l'ensemble des Utas. Les entretiens portaient dans une première partie sur l'organisation générale de l'aide alimentaire des structures et sur le profil des bénéficiaires. La deuxième partie du questionnaire interrogeait l'adaptation des structures face à la crise sanitaire. Une troisième partie essayait d'identifier des points d'amélioration du système, du point de vue des acteurs.

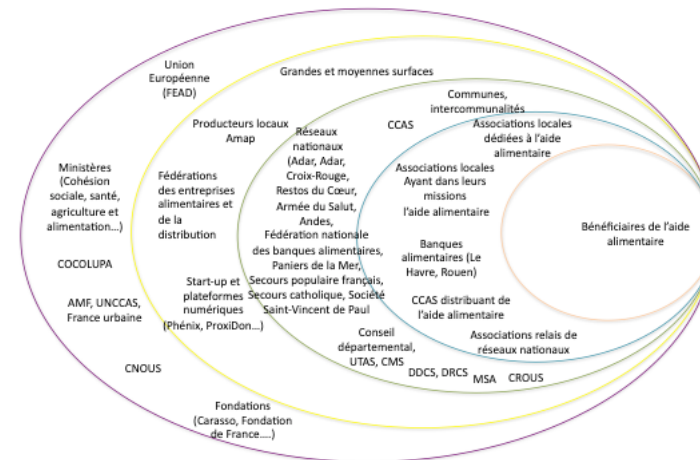
Dans un second temps, un mini-questionnaire a été lancé à destination des CCAS du département, reprenant l'ensemble des éléments des entretiens mais de façon moins approfondie, et pour repérer des structures non habilitées ayant participé à l'aide alimentaire durant les confinements.

La crise de la Covid-19 a montré la fragilité de la filière de l'aide alimentaire. L'approvisionnement est en partie organisé avec des structures têtes de réseau qui facilitent l'accès aux produits à distribuer. Mais, pour les structures n'appartenant pas à ces réseaux, l'approvisionnement reste une difficulté majeure et l'accès aux produits laissé au bon vouloir de ceux qui en disposent. Le recours à l'achat, qui était marginal avant la Covid-19, a été un peu plus utilisé.

En aval de la filière, la distribution est bien moins structurée et repose quasi intégralement sur le bénévolat. Si cela prouve l'engagement citoyen, cela fut une faiblesse majeure par le retrait des bénévoles face à la crise sanitaire.

Plusieurs pistes d'amélioration ont été proposées, la crise a été révélatrice de la nécessité d'une transformation, même si depuis quelques années certaines structures réfléchissaient déjà à des plans d'action.

L'éco-système de l'aide alimentaire dans le département de Seine-Maritime



Aide alimentaire Normandie

En réponse à un appel à projet du commissaire à la lutte contre la pauvreté de Normandie, l'OR2S a proposé un travail sur l'aide alimentaire. L'objectif général du projet est de mieux connaître l'aide alimentaire en région Normandie en promouvant des solutions innovantes d'organisation et de réalisation afin de la rendre la plus efficiente possible.

L'objectif spécifique est de modéliser l'aide alimentaire desservie en Normandie durant la crise liée à l'épidémie de la Covid-19, en intégrant la participation des bénéficiaires.

L'objectif opérationnel est de réaliser une étude auprès des structures d'aide alimentaire habilitées en Normandie et des structures qui ont servi une aide alimentaire durant la période de confinement puis de déconfinement, de manière volontaire, temporaire ou non, sans être habilitées.

Il s'agit aussi de comprendre si et comment les structures, quelles qu'elles soient, ont dû imaginer des solutions nouvelles -tant en approvisionnement qu'en livraison- ou innover dans leurs pratiques face à cette situation inédite de crise sanitaire afin que l'aide alimentaire puisse être desservie dans les meilleures conditions possibles. Il s'agit également d'analyser si et comment la participation des bénéficiaires a été recherchée, et quelle a été la nature de cette participation.

La finalité est de pouvoir modéliser la prestation de service de l'aide alimentaire aux niveaux régional et infra-régional, de modéliser ou concevoir des outils d'organisation et de diffusion de l'aide alimentaire à partir de la situation de crise mais qui pourraient être utilisés dans la pratique régulière. Enfin, une évaluation sera menée sur le recours à des outils numériques collaboratifs dans le sens où ils permettraient de faciliter l'ensemble ou au moins une partie du processus de l'aide alimentaire. Une proposition d'outil pourrait être formulée dans ce sens.

Les attendus de la recherche sont :

1/ Géolocalisation des structures d'aide alimentaire dans la région, tant au siège social que dans d'éventuelles antennes ou permanences, et traçage des zones de chalandises afin de repérer les éventuelles zones blanches.

2/ Modélisation des pratiques liées à l'aide alimentaire durant la période de crise liée à la Covid-19 : approvisionnement, livraison, participation des bénéficiaires, selon les types de structures (habilitées nationalement, régionalement, non habilitées).

3/ Analyse prospective des leviers d'innovation dans la desserte de l'aide alimentaire, incluant le recours au numérique collaboratif.

Le recueil d'information a débuté en janvier 2021, le projet ayant dû être un peu modifié compte tenu de l'évolution des situations. Un questionnaire a été envoyé à l'ensemble des structures concernées, soit cent quatre-vingt-dix, qu'elles aient une habilitation nationale ou régionale.

Le questionnaire porte sur les coordonnées des structures, leur aire de chalandise, y compris durant le confinement de mars, l'organisation de l'aide alimentaire durant la période de confinement et les solutions imaginées pour contourner les obstacles. Il questionne aussi les besoins et attentes des structures.

Des entretiens devraient être programmés, si la situation le permet, avec des bénéficiaires de l'aide alimentaire pour avoir leur point de vue et mieux comprendre les processus mis en œuvre, les freins auxquels ils doivent faire face et les améliorations qu'ils souhaitent.

Stop violences conjugales Normandie

Dans le cadre d'un projet conduit par la Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes de Normandie et l'agence régionale de santé de Normandie, une application destinée aux professionnels qui ont besoin d'orienter rapidement une femme victime de violences conjugales a été développée par l'OR2S et l'université de Rouen.

L'objectif du projet était de mettre en place une cartographie dynamique afin que les professionnels de santé et du social (santé, forces de l'ordre, justice...) puissent visualiser rapidement les ressources destinées aux femmes victimes de violences. Cette cartographie a également vocation à constituer un outil de diagnostic pour les acteurs institutionnels dans l'optique d'améliorer le maillage territorial.

Le projet c'est déroulé en deux temps.

En 2019, l'université de Rouen a constitué une base de données permettant de recenser et géolocaliser les structures pouvant venir en aide aux femmes victimes de violences conjugales : dépôt de plainte, consultation médico-légale, accompagnement psychologique, etc.

En 2020, l'OR2S a intégré le projet pour la mise en place de la cartographie dynamique mais aussi d'un questionnaire en ligne permettant de faire évoluer, au besoin, les informations de chaque structure et d'ajouter les nouvelles structures (permettant ainsi une mise à jour automatique de la cartographie dynamique).

Outre le travail de développement informatique, le travail de finalisation de la base de données, avec une phase d'homogénéisation et cohérence de la base a été réalisé. Cette application, nommée Stop violences conjugales, comprend :

- une base de données référençant plus de 800 structures normandes ;
- une interface permettant de sélectionner les structures à partir des besoins de la victime ;
- une cartographie dynamique permettant de géolocaliser les structures dans un périmètre choisi ;
- une fiche descriptive de chaque structure imprimable et exportable ;
- des supports d'information à imprimer pour afficher ou mettre à disposition de la patientèle et du public ;
- des ressources d'information et de formation destinées aux professionnels.

Elle est réservée aux professionnels, son accès est protégé par un login et un mot de passe spécifiques. L'application a fait l'objet de différentes présentations : au niveau national, à la DGCS et à la DGOS et, au niveau régional, dans les sous-préfectures et à la préfecture, notamment à l'occasion de la journée internationale de lutte contre les violences faites aux femmes du 25 novembre.

En outre, cet outil permet de répondre à une mesure du Grenelle contre les violences faites aux femmes.

STOP
VIOLENCES
CONJUGALES
NORMANDIE

Visuel de la cartographie de l'application Stop violences conjugales Normandie

RECHERCHE & DÉVELOPPEMENTS

RGPD et DPD

Avec l'entrée en application du règlement général sur la protection des données (RGPD) sur le territoire européen, depuis le 25 mai 2018, l'OR2S appuie sa politique autour de la sécurisation des données et met en place un processus de mise en conformité de ce texte de référence en matière de protection des données à caractère personnel.

Afin d'accompagner ces procédures en son sein et de répondre à la première recommandation du RGPD, l'OR2S a nommé en avril 2018 une déléguée à la protection des données (DPD). Avant cette obligation, et depuis 2009, un correspondant informatique et libertés (Cil) existait à l'OR2S.

La DPD, membre du personnel de l'OR2S mais n'appartenant pas à l'équipe de direction et n'ayant pas à construire les bases de données ou à les analyser, peut légitimement endosser les missions de conseil auprès du responsable de traitement ou du sous-traitant et auprès de l'ensemble du personnel sur les enjeux liés à la protection des données personnelles. Ainsi, la déléguée supervise le respect des dispositions de la réglementation européenne avec l'exécution d'une cartographie des traitements (à l'aide d'un registre de traitement), la gestion RGPD et mise en conformité des risques (avec notamment l'exécution des analyses d'impact sur la protection des données) et la documentation sur la conformité.

La DPD fait office de point de contact avec l'autorité de contrôle (Cnil), avec qui elle serait amenée à coopérer le cas échéant. Une adresse mail dédiée à cette mission¹ est communiquée à la Cnil ainsi qu'à toutes les personnes concernées par des traitements menés par l'OR2S et qui doivent être informées au sujet de leurs droits sur ces données.

Depuis sa nomination en mai 2018, la DPD accompagne l'équipe de l'OR2S dans une dynamique liée à cette nouvelle réglementation et les éventuels changements. Elle conseille également les chargés d'étude dans l'élaboration de consentements, d'informations auprès des personnes concernées par ces données.

Plus spécifiquement en 2020, la DPD a participé aux temps d'échanges réunissant des chargés d'étude, la direction de l'OR2S et des partenaires, ayant pour sujets les enjeux de sécurité, la simplification (à l'aide d'illustrations) des notes d'information et des consentements d'enquêtes à destination de publics sensibles.

En parallèle, la DPD se charge d'un travail de veille et de documentation sur les textes d'application et les publications. La DPD a bénéficié des formations faites par la Cnil en 2018 et 2019. Des informations et échanges de pratiques proposés sur le forum Agora de l'AFCDP², auquel l'OR2S a adhéré, sont des outils sur lesquels s'appuient la DPD et la direction dans l'amélioration des procédures de conformité. En janvier 2020, la déléguée s'est rendue à Paris à la 14^e université des DPO de l'AFCDP, et a assisté à une visioconférence et à l'Assemblée générale de l'association AFCDP organisées le 30 juin 2020.

Depuis septembre 2018, la DPD participe aux réunions régulières d'un groupe de travail composé d'homologues DPD d'ORS et piloté par la Fnors. Les objectifs de ce groupe sont l'échange de pratiques, les procédures autour de la spécificité des données de santé, la mutualisation d'efforts, d'informations et d'outils dans la mise en conformité liée au RGPD.

En 2020, ce groupe de travail a échangé de façon mensuelle par téléphone ou par visio-conférence et s'est réuni deux fois à Paris dans les locaux de la Fnors et dans un espace de *coworking*.

Par ailleurs, dès le début 2018, un travail est entamé à l'OR2S concernant la politique de sécurisation des systèmes d'information, en lien direct avec la DPD qui y est conviée. Ces échanges prennent la forme d'un comité de pilotage interne qui se réunit régulièrement et qui est composé de la direction, du responsable de l'architecture des systèmes d'information, d'informaticiens et du responsable de la sécurité des systèmes d'information (RSSI).

Un registre de destruction des documents (saisies informatiques, questionnaires ou autres) comprenant des données sensibles a été mis en place en 2018. Un appui sur les procédures RGPD qui s'imposent (demandes d'exercice des droits, notification de violation des données et communication aux personnes concernées) notamment en cas d'absence de la DPD, est mis à disposition de l'équipe de l'OR2S. Toujours en 2018, la déléguée en collaboration avec la direction, a travaillé sur la mise en forme du registre des traitements effectués par l'OR2S.

Depuis 2019, à l'initiative de la direction, un informaticien de l'OR2S et la DPD travaillent ensemble sur la conception d'un registre informatisé, sécurisé et commun aux trois pôles de la structure, qui sera également couplé au registre de destruction.

¹ dpd@or2s.com

² Association française des correspondants à la protection des données à caractère personnel

Politique de sécurité des systèmes d'information

Conscient de la nécessité de disposer de règles de sécurité des systèmes d'information, l'OR2S a formalisé en 2019 les méthodes et référentiels de sécurité au sein d'une politique de sécurité des systèmes d'information (PSSI).

La nature des données traitées par l'OR2S, l'importance de la sécurité de l'information dans les traitements effectués mais aussi dans le recueil des données et leur archivage concourent à la mise en place d'une politique de sécurité de l'information (PSSI). Dans ce contexte et en vertu des règlements et lois, dont le RGPD mis en application en 2018, l'OR2S se dote d'une politique de sécurité de ses systèmes d'information afin d'assurer la sécurité optimale des données contenues dans ses bases, pour leur recueil comme pour leur hébergement ou leur accès pour des travaux de recherche. Cette politique s'applique aussi et d'une manière générale à tous les contenus comportant des données à caractère personnel : gestion des ressources humaines, des adhérents...

L'OR2S a défini les enjeux internes et externes pertinents pour poursuivre sa mission. L'étude de son contexte a permis d'identifier les facteurs et influences internes et externes pouvant avoir un impact sur sa capacité à obtenir les résultats attendus de sa PSSI. Quatre principes ont été retenus comme principes stratégiques :

- répondre aux exigences des partenaires ayant de fortes exigences de sécurité : services de l'État et de collectivités locales (SNDS...) et du RGPD ;
- soutenir le développement d'outils informatiques internes dans le traitement des données en intégrant le principe de sécurité par défaut ;
- aider les personnes chargées d'élaborer et de

mettre en œuvre des mesures, des consignes et des procédures cohérentes en vue d'assurer la sécurité des systèmes d'information ;

- disposer d'un système d'information rapidement mature et de confiance.

L'OR2S a mis en œuvre un système de management de la sécurité de l'information conformément aux exigences de la norme internationale ISO 27001-2013 sur les activités retenues dans le périmètre concerné tel que décrit dans le document relatif au domaine d'application.

Il s'engage à répondre aux exigences spécifiées aux articles 4 à 10 de la norme et à mettre en œuvre l'ensemble des objectifs de sécurité de l'annexe A de la norme au travers des mesures déclarées applicables à son contexte tel que défini dans sa déclaration d'applicabilité, même si la certification n'est pas demandée.

La politique de sécurité des systèmes d'information (PSSI) de l'OR2S s'appuie aussi sur d'autres référentiels documentaires, tels que celui des ministères en charge des affaires sociales, du SNDS, des bonnes pratiques de la Cnil ou encore des obligations du RGPD. Cet ensemble vise à définir les règles de sécurité au sein de l'OR2S que tout collaborateur se doit de connaître et appliquer.

Des politiques additionnelles (contrôle d'accès, mise au rebut, classification des documents...) ou plus opérationnelles (procédures, modes d'emploi, consignes...) viennent compléter la PSSI de l'OR2S pour aider les collaborateurs, partenaires, sous-traitants... à mettre en application les règles et mesures dans leur périmètre de responsabilité. Elles font l'objet de fiches fonctionnelles, partie intégrante de la PSSI.

La PSSI traduit la reconnaissance formelle de l'importance accordée par la direction de l'OR2S à la sécurité de son ou ses systèmes d'information. Elle est un élément de sa politique générale. Elle repose sur une analyse des risques spécifiques au contexte afin d'en ajuster les règles de sécurité.

Sous la double autorité de son Bureau et de sa direction, et sous la responsabilité du responsable de la sécurité de l'information (fiche RSSI), l'OR2S met en place toutes les composantes et les outils nécessaires à l'élaboration, à la mise en œuvre et à la révision de sa politique de sécurité des systèmes d'information. Cette politique est applicable à toute personne, salariée, stagiaire, alternant, agent d'une des fonctions publiques, bénévole, en lien avec l'OR2S et ses travaux.

Au début 2020, cela a pris sens pour l'ensemble du personnel réuni pour une formation à la PSSI au cours de laquelle les principes généraux ont été présentés ainsi que les principales fiches techniques, permettant à chacun de s'approprier la démarche et d'être conscient des enjeux.



Outil de calcul

L'OR2S a développé un outil de calcul qui permet de gérer des bases de données. La finalité de cet outil est de fournir, à divers utilisateurs internes à l'OR2S et à des partenaires extérieurs, l'accès à des indicateurs qui sont calculés automatiquement, via l'interrogation des tables de données préalablement intégrées à cet outil.

À la fin des années quatre-vingt-dix, devant le nombre croissant de demandes de données émanant de différents partenaires, l'OR2S a conçu un outil informatique qui permet de répondre plus rapidement à ces demandes spécifiques. Ainsi, depuis une vingtaine d'années, un outil de calcul est développé dans une vision qui se veut la plus généraliste possible de gestion de grandes bases de données. Cet outil a tout d'abord été déployé pour répondre aux besoins internes de l'OR2S ; il est aussi utilisé depuis un peu plus de dix ans par des personnes extérieures à la structure : notamment d'autres ORS et par des structures signataires de la charte de la *Plateforme*¹.

L'utilisateur, identifié *via* un *login* et un mot de passe, a accès à des formules qui sont préalablement définies, développées puis validées par l'OR2S. Ces formules permettent de calculer des indicateurs (ou d'extraire des données agrégées) à différents niveaux géographiques : cantons, EPCI, bassins de vie, communes (pour les plus importantes), territoires de démocratie sanitaire, arrondissements, bassins d'éducation et de formation, départements, régions, France...

De plus, une majorité de ces indicateurs repose sur des données recueillies de manière pérenne, permettant la mesure des évolutions sur ces différentes unités géographiques. Ils concernent actuellement le secteur sanitaire (mortalité, morbidité, offre de soins...), le domaine socio-démographique et le domaine social.

L'intérêt est que l'utilisateur n'a pas nécessairement besoin d'avoir des compétences en gestion de bases de données pour l'utiliser. Celui-ci a la possibilité de calculer facilement des indicateurs complexes avec de nombreux degrés de liberté. Cependant, tous les utilisateurs n'ont pas accès au même type de formules. Certaines sont déployées pour des profils de personnes ayant une vraie technicité des données, et d'autres, plus simples, pour des personnes souhaitant avoir la valeur d'un indicateur bien défini. Aussi, cet outil permet de gérer des utilisateurs, en prédéfinissant les formules et les niveaux (notamment géographiques) qui sont alloués à chaque utilisateur en fonction de son profil et de ses besoins.

Pour aboutir à des formules de calcul d'indicateurs valides, un travail important de gestion de bases de données est nécessaire en préalable. En effet, la structure des tables intégrées et les nomenclatures associées peuvent être amenées à évoluer au cours du temps. De même, les données n'étant pas toujours disponibles au niveau communal, unité de base de tout regroupement géographique (outre le niveau infra-communal), un travail d'estimation doit

alors être réalisé. Cette fonction de gestionnaire de base de données est à coupler avec des compétences techniques sur les données qui y sont intégrées, afin de définir des requêtes, pouvant être plus ou moins complexes selon les données traitées et les indicateurs proposés.

Plusieurs interfaces d'interrogation des données ont été déployées : deux interfaces *web* (principalement utilisées par les partenaires de l'OR2S et donnant accès à des données non sensibles) et deux applications Windows répondant aux nouvelles exigences de sécurisation² : l'une est principalement utilisée au sein du réseau des ORS l'autre pour une utilisation spécifique à l'OR2S. Ces deux applications sont installées sur un des serveurs de l'OR2S situé au Criann et accessibles par double authentification (système de token). L'application spécifiquement utilisée par l'OR2S permet d'extraire en routine des indicateurs, *via* la lecture de fichiers CSV préalablement construits. Le temps d'obtention de fichiers d'indicateurs est du temps machine. C'est cette application qui est notamment utilisée pour alimenter SCORE-Santé et *Agit*³.

Dans la continuité des travaux engagés en 2019, ceux menés en 2020 ont pour objet de faire migrer l'outil de calcul dans l'univers Linux afin de bénéficier du super calculateur du Criann pour une obtention encore plus rapide des indicateurs. Les outils en cours de développement, l'ont été de manière à être multiplateforme (à la fois utilisable sous Linux et sous Windows, voire sous Mac).

¹ cf. p. 78, Base territoriale des indicateurs.

² cf. page précédente pour plus de précisions.

³ application de gestion des indicateurs territorialisés, pour plus de précision, cf. page suivante.

Application de gestion des indicateurs territorialisés (Agit)

En 2017, l'OR2S a entamé le développement d'une application qui permet de gérer, restituer rapidement et valoriser la multitude d'indicateurs déclinés à différents niveaux géographiques et temporels. Cette application a vocation à être utilisée au sein de l'OR2S et par ses partenaires. L'ARS Normandie utilise ainsi cet outil depuis fin 2017, le conseil régional Hauts-de-France depuis octobre 2018 et d'autres partenaires dans une version simplifiée. Chaque structure dispose d'une version qui lui est spécifiquement adaptée.

En complément de l'outil de calcul développé au sein de l'OR2S (cf. page précédente), une application de gestion des indicateurs territorialisés (Agit) a été développée ces dernières années. Son objet est de stocker et centraliser des indicateurs calculés via l'outil précédemment mentionné, mais aussi obtenus par d'autres ressources, et de restituer ces indicateurs à la demande sous différentes formes : tableaux d'indicateurs formatés générés à la demande, cartographies, fiches thématiques intégrant des *dataviz*. Outre la gestion des indicateurs, cette application permet également de centraliser et restituer les métadonnées associées aux indicateurs.

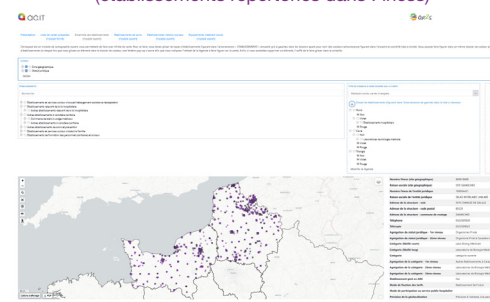
Les indicateurs sont accessibles via trois types d'espace. Il y a tout d'abord un accès ouvert aux indicateurs de toutes les thématiques, permettant d'obtenir une multitude de fichiers d'indicateurs ainsi qu'une représentation cartographique adaptée des indicateurs sélectionnés. Le second type d'espace dit « espaces projets », permet de générer une fiche, exportable au format PDF, pour une zone géographique donnée en comparaison de la France, la région ou d'autres zones de son

choix. Il est possible de créer différents espaces projets, en lien avec les concepteurs : choix des thématiques présentés, des indicateurs à faire figurer et de leur représentation graphique, ainsi que des niveaux géographiques disponibles. Le troisième type d'espace permet de visualiser des données géolocalisées (exemple de la base Finess). Une fois les espaces définis, ils sont mis à jour automatiquement : temporalité des indicateurs et évolution des zonages.

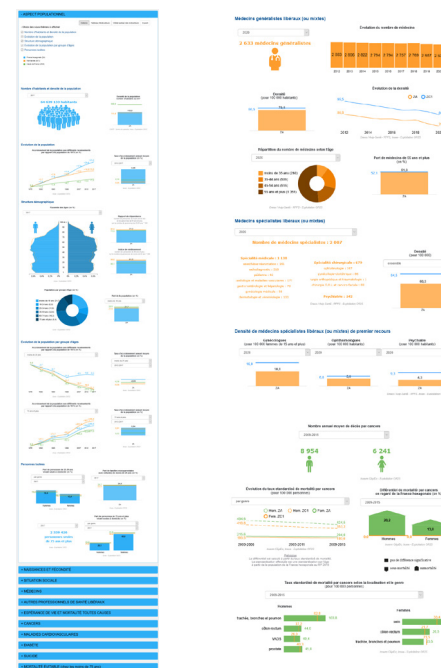
Cet outil, accessible par le biais d'une interface web (connexion internet sécurisée et cryptée, où chaque utilisateur se voit doté d'un *login* et d'un mot de passe), peut être proposé sous la forme d'une version « ouverte », telle que présentée ci-dessus. Elle peut également être plus « fermée ». Les espaces sont modulables. En effet, si l'outil permet d'obtenir des tableaux d'indicateurs en très grand nombre, il est aussi possible de figer un format de tableau en arrêtant une liste d'indicateurs et/ou de(s) niveau(x) géographique(s) et temporel(s) d'analyse.

Les travaux menés en 2020 sont de deux natures : spécifique à l'utilisation de l'application (partie Web) et spécifique à la gestion de l'entrepôt des indicateurs et de l'alimentation des différents espaces Agit. Sont ainsi à mentionner la mise en place d'une interface d'administration permettant de gérer un « Agit mère » et des « Agit filles » ; la mise en place de webservice permettant aux partenaires d'importer directement leurs propres indicateurs, préalablement définis. Concernant la partie web sont plus particulièrement à mentionner l'amélioration des espaces projets et du type de *Dataviz* disponibles et l'ajout d'un espace de géolocalisation des établissements.

Exemple d'espace de géolocalisation (établissements répertoriés dans Finess)



Exemple d'espace projet



Exemple d'espace autour des métadonnées



Cartographie

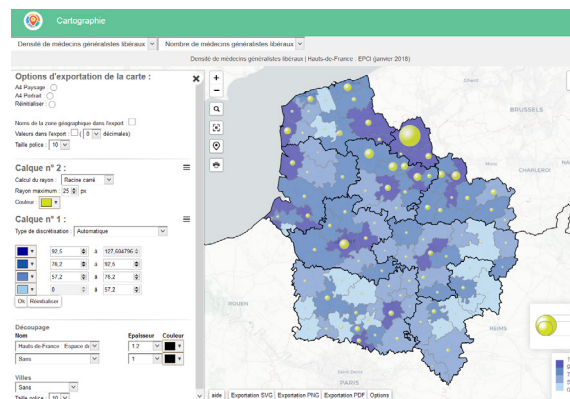
Une branche du développement informatique mené au sein de l'OR2S a trait aux outils cartographiques. L'objet est de permettre à des personnes qui ne sont pas des spécialistes de la cartographie d'obtenir simplement et rapidement des cartes à partir de données recueillies en temps réel ou déjà intégrées dans la base de données de l'OR2S.

Depuis plusieurs années, l'OR2S a investi dans le déploiement d'un module cartographique qui soit le plus ouvert possible pour qu'il puisse s'intégrer dans des projets de nature différente. De manière générale, deux catégories de données peuvent être cartographiées : celles qui sont à représenter sous forme de points (par exemple la localisation géographique d'établissements) ou celles faisant référence à un polygone (valeurs d'un indicateur sur un zonage géographique). En finalité, l'objectif est d'avoir un outil permettant aux utilisateurs de disposer de cartes modifiables en temps réel, lors de l'actualisation des données sans que celui-ci ait besoin de manipuler les données, ni de passer par un SIG.

Un premier axe a trait à une cartographie modifiable en temps réel. Les informations sont recueillies via un ou plusieurs questionnaires informatiques¹. Des éléments de nature différente sont présentés et superposés sur une même carte, et sont mis à jour dès qu'un nouvel élément est saisi. L'affichage cartographique peut être filtré à partir de réponses données à une ou plusieurs questions. Le système permet l'intégration des coordonnées GPS (directement ou en conversion d'adresse) avec un système de visualisation et de correction cartographique, un point pouvant être facilement déplacé sur une carte. La cartographie étant dynamique, la visualisation se fait à des niveaux de zooms différents.

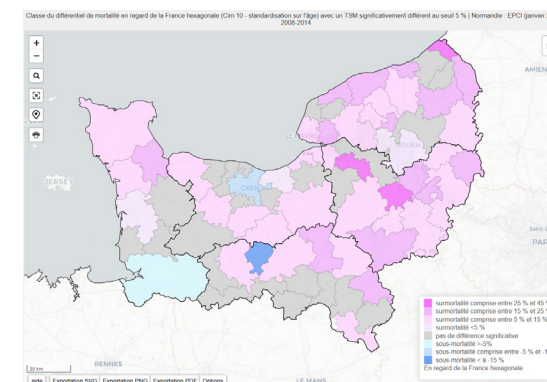
Le second axe des développements a trait à la représentation d'indicateurs. L'objet est de permettre à une personne d'obtenir rapidement la représentation cartographique d'indicateurs disponibles via la Base territoriale des indicateurs, Agit²... Une fois que l'utilisateur a sélectionné des indicateurs, il peut visualiser et exporter les cartes (au format vectoriel) sans qu'il ait besoin de déterminer la discrétisation la plus adéquate (algorithme basé sur la distribution de la série). Pour la représentation des nombres, il est possible de faire une représentation par points proportionnels. Il est également possible de superposer sur une même carte deux indicateurs. La représentation de variables qualitatives est également implémentée (cf. illustrations ci-dessous).

Exemple d'une carte où deux indicateurs ont été superposés (nombre et densité de médecins généralistes libéraux)



En parallèle, une application permettant la génération de cartes en série a été déployée et est utilisée depuis plusieurs années au sein de l'OR2S et par d'autres ORS. L'utilisateur charge un(des) fichier(s) d'indicateurs et a alors la possibilité de visualiser les cartes obtenues et de les exporter très rapidement (en format vectoriel). Si les cartes sont générées automatiquement (en déterminant la discrétisation la plus adéquate), l'utilisateur peut modifier rapidement le mode de discrétisation, définir ses propres bornes de classes, modifier les paramètres de couleur... Il peut aussi choisir d'obtenir des cartes par points proportionnels. En outre, cette application permet de faire des exports en disposant sur un même PDF plusieurs cartes.

Exemple d'une carte représentant un indicateur qualitatif (issu de la combinaison du différentiel de mortalité en regard de la France et de la significativité)



¹ cf. Développement informatique - Questionnaire page au verso.
² pour plus de précision, cf. p. 78 pour la Base territoriale des indicateurs et page ci-contre pour Agit.

Questionnaire

Permettre aux partenaires de disposer d'un outil sécurisé de recueil de données par internet fait aussi partie de l'activité de l'OR2S. C'est ainsi qu'est déployé un outil généraliste de développement de questionnaires, actuellement utilisé pour des enquêtes spécifiques mises en œuvre par différents acteurs régionaux ou au niveau national.

En travaillant avec des partenaires régionaux sur la mise en œuvre d'enquêtes et, plus spécifiquement concernant la genèse de cet outil, sur un recueil pérenne portant sur l'état de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire, il s'est avéré que le recueil des données serait facilité via un questionnaire informatique accessible par internet. Le besoin exprimé n'était pas uniquement de disposer d'une application qui offre une saisie informatique, mais qui permette également d'obtenir, simplement et en temps réel, des informations recueillies pour chaque détenu sous forme d'une fiche imprimable. C'est ainsi qu'en 2010, l'OR2S a déployé un outil de développement de questionnaires qui puisse répondre à ces problématiques et, de manière plus large, qui soit utilisé pour d'autres projets dans divers cadres.

L'objet de cet outil est de créer, à partir d'un questionnaire donné, une interface de saisie accessible via internet, la connexion étant sécurisée et cryptée (https). Il autorise naturellement les différentes formes de questions : ouvertes ou fermées, avec modalités de réponses quantitatives ou discrètes, à choix unique ou multiple. Des contrôles de cohérence et l'introduction de questions filtres peuvent être mis en place pour éviter les erreurs de saisie. En outre, il est également possible de diviser le questionnaire en modules.

Les personnes en charge de la saisie des questionnaires peuvent être nombreuses et officier sur différents sites. Un login et un mot de passe qui leur sont personnels offrent l'accès, en permanence et de façon simultanée, aux données pour lesquelles des droits leur sont alloués. Les données saisies par l'ensemble des utilisateurs sont directement stockées dans une base informatisée, permettant une obtention rapide de résultats.

Cette application permet aussi de générer, pour chaque questionnaire, un PDF restituant les informations saisies. Celui-ci peut être enregistré ou imprimé par l'utilisateur, et ainsi être intégré dans des dossiers ou archivé. Le design du PDF est adaptable (mise en page, ajout éventuel d'illustrations, logo...) et donc différencié d'un projet à l'autre. Cette application permet d'exporter sous forme de table des données saisies.

Selon les besoins, cet outil peut être utilisé pour faire uniquement la saisie des données pour un questionnaire spécifique ou être intégré dans un projet plus vaste, offrant davantage de possibilités, allant de la saisie des données aux traitements et à la restitution de celles-ci. Ainsi, cet outil peut être couplé avec d'autres applications déployées par l'OR2S, comme l'outil cartographique¹. Les données récoltées via le questionnaire informatique sont directement mobilisables, sans intervention humaine, pour être cartographiées, permettant en temps réel d'avoir un état des lieux de la situation faisant l'objet du recueil. Il est également à noter que le recueil peut être issu d'un ou plusieurs questionnaire(s) différent(s), l'ensemble des données recueillies pouvant être visualisé sur la même cartographie. Selon les droits alloués à l'utilisateur, il peut n'avoir accès qu'à une partie de l'application ou à son ensemble.

Si un programme intégrant plusieurs modules (un ou plusieurs questionnaire(s), cartographie...) est déployé, l'accès à ces modules se fait via une interface unique, qui peut être adaptée dans sa forme en fonction des demandes.

Une fois que l'application est mise en place, le partenaire qui en a fait la demande est totalement autonome, et n'a plus besoin d'intervention de l'OR2S pour pouvoir l'utiliser. Ceci n'empêche bien évidemment pas que cette application puisse être adaptée à tout moment pour offrir de nouvelles possibilités en fonction des besoins exprimés.

Cette application est utilisée pour plusieurs projets : *Jesais* (cf. p. 62), EnJEU Santé (cf. p. 71), santé des personnes détenues et gériatrie (cf. p. 65) et, depuis 2020, Stop violences conjugales (cf. p. 83).

Exemple de questions issues du recueil *Jesais*

The screenshot shows a web interface for a questionnaire. At the top, there is a navigation menu with tabs: TOUS, GÉNÉRAL, VIE FAMILIALE, DÉVELOPPEMENT PUBERTAIRE, CORPULENCE, VISION, AUDITION. Below this, there are sub-tabs: VACCINATION, ÉTAT BUCCO-DENTAIRE, VIE DE L'ÉLÈVE, ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL, PRESSÉS EN CHARGE (MÉDICALE OU SOCIALE), HYGIÈNE DE VIE, COMPORTEMENT, LIASSON AVEC LE MÉDECIN DE L'ÉDUCATION NATIONALE, ATTITUDE LORS DE L'ENTRETIEN, REMARQUES. A button 'Accéder au questionnaire ébne' is visible. The main content area is titled 'Bilan infirmier' and 'Santé en ligne - Bilan infirmier'. Under the 'CORPULENCE' section, there are two input fields: 'Poids (kg) : []' and 'Taille (cm) : []'.

The screenshot shows a question: 'Temps moyen consacré par jour aux écrans*'. Below it, a list of devices: * TV, vidéo, jeux vidéo, ordinateur, internet (chat, Facebook...), téléphone portable, smartphone, tablette, tablette. The question asks for the number of hours per day. Below the question is a horizontal slider labeled 'en h/s' with a scale from 0,0 to 2,0. The text 'Au réveil (de 0h à 0h) :' is positioned above the slider.

The screenshot shows a question: 'SCOLARITÉ - Es-tu redoublant cette année scolaire ?'. Below it, a Likert scale with five points: pas, oui. Below this, two more questions: 'Est-ce que tu te plais au collège ?' and 'Est-ce que tu te plais dans ta classe ?', each with a Likert scale from 'pas' to 'oui'.

¹ cf. page précédente.

Entretiens collectifs, ou *focus groups*

Mis au point dans les années quarante, les entretiens collectifs relèvent d'une démarche qualitative cherchant à faire émerger les attitudes, croyances et opinions qui sous-tendent les comportements.

Cette méthode est utilisée notamment en marketing (études des comportements des consommateurs) mais elle l'est aussi en sciences sociales, y compris pour les programmes d'éducation à la santé. Elle constitue une autre forme de réponse dans la démarche qualitative aux entretiens individuels.

L'entretien collectif permet d'explorer les représentations, perceptions et opinions des personnes d'une manière spécifique du fait de la confrontation des points de vue exprimés. Cette confrontation joue le rôle d'une stimulation particulière qui permet de repérer les points de convergence et de divergence au sein d'un groupe, voire de faire émerger des « profils » d'opinion différents. Cet outil permet de saisir en un temps relativement réduit les différentes positions possibles par rapport à un ou plusieurs thèmes.

Comme pour les entretiens individuels, les personnes rencontrées en entretiens de groupe doivent faire l'objet d'un choix « raisonné » : en qualitatif, il ne s'agit pas de rechercher la représentativité au sens statistique du terme, mais la diversité existante par rapport à une thématique donnée. Selon le sujet exploré, il est nécessaire de choisir des participants en fonction des critères qui correspondent à la problématique étudiée (santé des jeunes, des seniors, de populations spécifiques en regard de certaines caractéristiques...), en intégrant également des éléments de diversité au sein de la population concernée tels que le genre, l'âge, la profession, la pathologie...

La première difficulté inhérente à la mise en œuvre des entretiens collectifs est donc la sélection des participants. En effet, une fois les caractéristiques de ceux-ci définies, il reste à trouver des personnes répondant aux critères.

Le « recrutement » des participants peut se faire de multiples façons selon la thématique étudiée et le temps disponible : associations d'un quartier, médecins spécialistes, affichage dans un lieu donné, information par voie de presse... Plus le temps imparti est court, plus il est nécessaire de s'appuyer sur des réseaux, des « personnes-relais » qui pourront elles-mêmes contacter des habitants, usagers, patients...

Les participants peuvent ou non se connaître mais il faut éviter une proximité trop grande entre eux (collègues, parents, amis) afin d'éviter la formation de « clans ». Une fois les « bonnes » personnes trouvées, il faut ensuite les convaincre de participer aux groupes de discussion. Le manque de disponibilité des personnes et leur éloignement des lieux de discussion constituent un autre frein.

Un groupe est idéalement constitué de neuf à douze personnes. Au-delà, la discussion devient difficile et le risque est que le brouhaha s'installe. À l'inverse, un groupe réduit sera moins à même d'apporter la richesse et la diversité des opinions. D'autant plus si plusieurs réunions doivent être programmées et que des défections se font.

Les entretiens collectifs ont une durée variable, généralement comprise entre une heure trente et trois heures, cette durée permettant à chacun de s'exprimer et d'approfondir le sujet de l'étude. Les entretiens font l'objet d'une prise de notes et le plus souvent d'un enregistrement audio.

Ils sont menés par une personne experte dans le domaine qui s'appuie sur un guide d'entretien, réalisé au préalable à partir des hypothèses du projet d'étude. Cette personne fixe les règles de la discussion (égalité des participants, pas de « bonnes » ou « mauvaises » réponses, respect de la parole de chacun...) et rappelle que l'anonymat des participants est naturellement garanti.

Apparaît alors une nouvelle difficulté, appelée la dérive consensuelle. En effet, selon la composition des groupes, les individus peuvent avoir tendance à adopter le point de vue d'un « leader ». Tout l'intérêt des entretiens collectifs est alors perdu.

Enfin, les discours recueillis font l'objet d'une analyse de contenu, qui permet de catégoriser les réponses obtenues, de repérer des profils, des leviers, des freins des participants par rapport à la thématique étudiée. Le traitement des informations est long et chronophage, du fait de la retranscription des entretiens, de leur codage et de leur analyse.

Pour optimiser une partie de ce temps, l'OR2S possède depuis quelques années un logiciel d'analyse qualitative (Nvivo) qui permet une analyse plus rapide, bien que ne se substituant pas à la personne chargée de l'analyse du contenu.

En 2020, compte tenu de la crise sanitaire liée à la Covid-19, aucun entretien collectif sous forme de *focus group* n'a été réalisé. Quelques entretiens collectifs ont été menés par visioconférence ou conférence téléphonique, notamment pour l'évaluation du Plan d'action sanitaire et social de la MSA (cf. p. 58).

Enquêtes quantitatives

Les enquêtes quantitatives permettent d'obtenir des informations sur une population donnée en interrogeant la totalité de cette population pour les recensements ou en n'observant qu'une fraction de celle-ci pour les enquêtes par sondage. Ces derniers n'ont d'intérêt que si l'échantillon constitué est représentatif de la population étudiée, permettant donc une extrapolation des résultats à l'ensemble de la population.

Les recueils existants, qu'ils concernent des données de nature épidémiologique ou administrative, ne permettent pas toujours d'aborder certaines thématiques ou de manière parcellaire. Pour disposer d'éléments complémentaires nécessaires à l'accompagnement des politiques, il est possible de mettre en place des enquêtes spécifiques auprès de populations cibles (population générale, personnes hébergées en établissement spécialisé, travailleurs, professionnels de santé...). Il peut s'agir d'un recensement si la population à étudier est petite ou d'un sondage si la population est plus conséquente, le but étant d'obtenir des résultats représentatifs de cette population cible.

L'avantage des sondages par rapport aux recensements est qu'ils permettent, lorsque la population étudiée est grande, d'obtenir des informations sur cette population à un coût moindre et de manière plus rapide (temps de recueils plus court et volumétrie des données à traiter plus faible, facilitant par là même le contrôle de la qualité). Par contre, les enquêtes par sondage permettent plus difficilement d'obtenir des renseignements sur des petites sous-populations ou sur des petites zones géographiques, compte tenu du coût occasionné.

Lorsqu'une enquête est réalisée, il est nécessaire au préalable de bien définir les différentes étapes permettant sa mise en place, afin de garantir un maximum de précision et de limiter les différentes erreurs possibles. En effet, dans le cas contraire, l'enquête peut s'avérer inexploitable.

Il existe des enquêtes descriptives et des enquêtes analytiques.

Les premières ont pour objet de faire un état des lieux d'une situation en regard d'une thématique donnée ; il s'agit d'enquêtes réalisées ponctuellement, mais qui peuvent être reconduites dans le temps.

Les secondes visent à analyser les relations entre l'exposition à un facteur de risque et une maladie ou un état de santé, entre une campagne de prévention et l'évolution d'un comportement... Ce type d'enquête compare deux groupes distincts (sur la présence de la maladie, sur la présence du facteur de risque, sur le fait d'avoir été destinataire d'une campagne de prévention...) Il peut s'agir d'enquêtes de cohorte, cas-témoin, avant-après...

Les limites des sondages et des recensements, résultent des erreurs d'observation, de représentativité et de celles liées aux non-répondants. Les erreurs d'observation sont dues au fait que la situation réelle d'un individu ne correspond pas forcément à l'information qui est recueillie *via* l'enquête : biais de mémoire de la personne enquêtée, biais introduit volontairement par l'enquêté du fait de questions sensibles (exemple de la sous-déclaration du poids par certaines personnes en situation de surpoids), questions ambiguës, mal formulées, erreurs de saisies des réponses...

Les deux autres types d'erreurs sont liés au fait que la base de sondage (ensemble des individus composant la population) n'est pas toujours exhaustive et aux non-réponses (refus, non joignables). Ces types d'erreurs peuvent être corrigés *via* des méthodes de redressement. Elles consistent à utiliser *a posteriori* une information supplémentaire corrélée avec la variable à étudier (comme la répartition de la population par âge et genre, par zone géographique, par niveau de diplôme...)

À ces trois types d'erreurs, s'ajoutent, pour les enquêtes par sondage, les erreurs d'échantillonnage. Elles sont dues au fait que les résultats publiés à la suite d'un sondage dépendent des individus qui composent l'échantillon. Il est possible de mesurer la précision d'un indicateur, qui tient compte de la taille de l'échantillon : plus l'échantillon est grand, meilleure est la précision. Les extrapolations effectuées à partir de l'échantillon pour être étendues à la population, ne peuvent donc être utilisées avec une précision acceptable qu'à partir d'échantillons de taille suffisamment importante.

Plusieurs enquêtes quantitatives ont été mises en place, reconduites et/ou analysées en 2020 : *Jesais*, enquête menée auprès des élèves de sixième et de seconde scolarisés dans un établissement public des académies d'Amiens et Lille ; EnJEU Santé, enquête concernant les élèves de sixième scolarisés dans un établissement public de Normandie ; le programme de surveillance des MCP pour l'ex-Picardie ; *Evrest*, dispositif santé-travail pour la Normandie ; l'étude portant sur l'état de santé des personnes détenues en Normandie ; enquête en population générale (30-59 ans) autour des aspects bucco-dentaires en Hauts-de-France.

Lissage géographique et calcul de temps d'accès

Les analyses territorialisées menées à partir des bases de données pérennes, peuvent être enrichies par l'apport de multiples techniques d'analyse spatiale. Parmi celles-ci, la mise en place de méthodes de lissage géographique et le calcul de temps d'accès font l'objet de travaux menés au sein de l'OR2S.

Les méthodes de lissage géographique sont utilisées pour répondre à différentes problématiques. Elles permettent notamment de calculer des indicateurs à des niveaux géographiques fins tout en garantissant une stabilité statistique suffisante, réduisant le « bruit » lié aux petits effectifs (faible population) et en prenant en compte l'environnement proche. La valeur d'un indicateur ne repose pas sur les seuls cas relevés sur un territoire donné, mais aussi sur ceux des zones environnantes ; une pondération des valeurs observées au voisinage de ce point est le plus souvent mise en œuvre.

Il existe plusieurs manières de prendre en compte le voisinage, soit en considérant la notion de continuité géographique (avoir une frontière commune) ou soit celle de la distance (euclidienne, routière, voire en considérant le temps d'accès). Cette dernière méthode, bien que meilleure car indépendante de la structure spatiale des territoires¹, est plus longue à réaliser. Aussi, c'est celle relative à la notion de continuité géographique qui a été mise en place dans un premier temps. Pour pouvoir effectuer le lissage géographique en considérant la notion de continuité géographique, il est nécessaire de disposer d'une matrice de voisinage. Celle-ci a été construite à partir des communes. Elle permet d'obtenir automatiquement d'autres matrices calculées à différents niveaux

géographiques (EPCI, canton...) Les communes considérées comme limitrophes sont celles qui sont directement contiguës à la zone considérée (communes voisines d'ordre 1), celles qui sont limitrophes aux communes voisines d'ordre 1 (communes voisines d'ordre 2)...

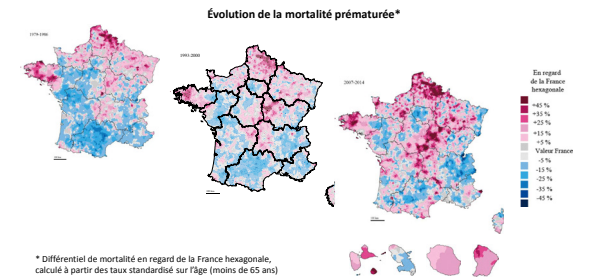
En outre, le lissage est effectué *a priori* (sur les données brutes) et non *a posteriori* (sur les indicateurs déjà calculés).

D'autres travaux portent sur le calcul de temps d'accès et de distance routière. Pour calculer une distance et/ou un temps d'accès entre deux communes, il est nécessaire de considérer un point de référence dans chaque commune. Des premiers indicateurs ont été calculés en considérant le centroïdes des communes. Les calculs ont été faits via OSRM (fond de carte *OpenStreetMap*) ; les temps sont fournis en secondes.

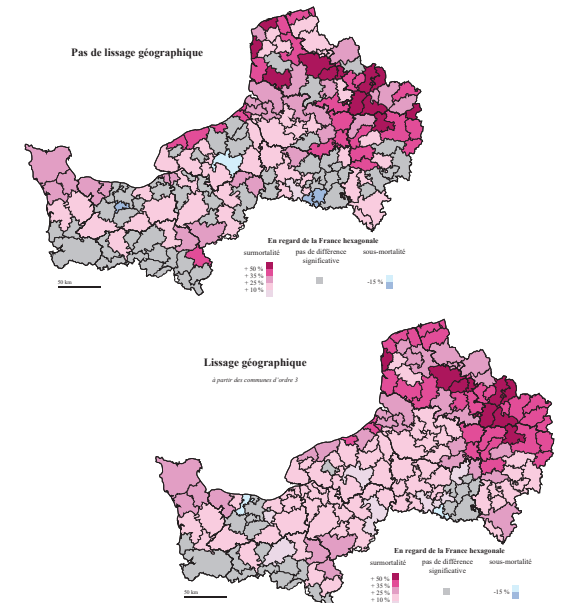
Ces différents travaux font l'objet de développements complémentaires au cours du temps afin d'améliorer les possibilités offertes. Ainsi, pour les données de mortalité, outre le calcul de taux standardisés lissés, il est désormais possible de disposer de la statistique de test permettant de savoir si le taux relevé sur un territoire donné est différent significativement de celui d'autres territoires de référence (France et région notamment). Ceci permet d'alimenter les réflexions sur ce qui peut être présenté (car fiable) ou non (car peu robuste).

¹ des échanges avec des membres de l'équipe de l'UMS Riate (Réseau interdisciplinaire pour l'aménagement et la cohésion des territoires de l'Europe et de ses voisinages - Université de Paris Diderot) ont permis de confirmer ce point.

Exemple de cartes d'indicateurs lissés géographiquement à la commune



Exemple de cartes d'indicateurs non lissés et lissés géographiquement au niveau des EPCI pour la mortalité évitable liée à la prévention (selon la définition OCDE 2019) chez les moins de 75 ans en 2009-2015



COMMUNICATION & DOCUMENTATION

Site internet de l'OR2S

Le site internet de l'OR2S permet de présenter la structure, rechercher les publications produites par l'observatoire et de mettre en Une les actualités les plus récentes.

Le site est convivial et facile d'utilisation, permettant aux internautes d'avoir accès à tous les documents produits par l'OR2S (en les téléchargeant en format PDF) dès que disponibles. Il se compose de quatre grands modules.

La partie « Actualités » propose des annonces de publications, de manifestations et de colloques, ainsi que des communiqués de presse.

La partie « Structure » présente le fonctionnement de l'association, ainsi que son historique et ses coordonnées complètes. Les rapports d'activité et autres documents administratifs y sont disponibles.

La partie « Publications » présente les travaux diffusés par l'OR2S, tant dans les Hauts-de-France qu'en Normandie, répartis par grandes thématiques ou par territoires.

À cela s'ajoute un accès direct vers le site des Plateformes et l'inscription aux lettres électroniques via l'interface disponible sur les deux sites.

La chaîne YouTube

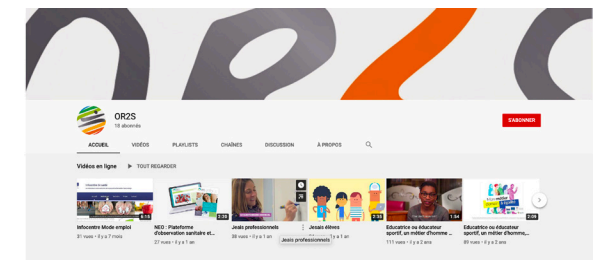
En 2015, l'OR2S a créé sa chaîne YouTube et en 2016, il a réalisé un film d'animation présentant les travaux réalisés depuis sa création.

La chaîne Youtube met par exemple à disposition les vidéos du dispositif *Jesais* à destination des élèves et des professionnels. Les vidéos de présentation des Plateformes des deux régions y sont également. D'autres vidéos de colloques, de manifestations, d'animations synthétisant les résultats d'études sont mises à disposition au fur et à mesure de leur réalisation.

En 2020, la vidéo de présentation de l'Infocentre de santé créé pour le programme transfrontalier GeDi-DoT a été implantée.

Les vidéos des webinaires de la Plateforme Hauts-de-France qui se tiendront au printemps 2021 y seront aussi disponibles.

Les pages du site OR2S



Site internet de la *Plateforme sanitaire et sociale* Hauts-de-France

Le site internet de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie a été archivé en 2018 tandis qu'a été mis en chantier celui de la Plateforme sanitaire et sociale Hauts-de-France en 2019.

Si la structure du site reste la même, son habillage a été complètement revu et le module d'inscription a été simplifié.

Le premier onglet « Plateforme », présente l'objet de la *Plateforme sanitaire et sociale* et les différentes instances qui la composent : Copil, Groupe projet ainsi que la Charte de partenariat.

Le deuxième onglet, « Actualités », met en ligne les actualités de santé, du social et du médico-social de la région, mais aussi du niveau national, européen, voire mondial.

Le troisième onglet, « Publications », permet de visualiser et télécharger l'ensemble des productions de la *Plateforme*, à la fois en version intégrale mais également par chapitre ou article. Ainsi s'y trouvent les documents complets des publications et les lettres d'information. De plus, chaque article ou chapitre de ces documents peut être téléchargé de manière isolée.

Un moteur de recherche par mots-clés, accessible à droite de l'écran, permet de sélectionner les documents demandés. Dans cette partie se trouvent aussi les présentations des communications effectuées lors des journées annuelles.

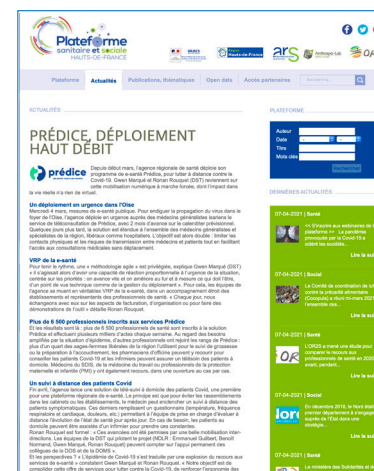
L'onglet *open data* permet d'afficher une sélection d'indicateurs sanitaires et sociaux selon trois niveaux de territoire : arrondissement, canton, EPCI, ainsi que des indicateurs départementaux. La visualisation des informations se fait *via* une extension cartographique et l'ensemble des données est téléchargeable.

Enfin, un dernier onglet, « Accès partenaires », donne accès à une base de données d'indicateurs ouverte aux seuls membres de la *Plateforme*.

Pour répondre aux exigences du RGPD, le module d'inscription a été simplifié. En effet, le principe de minimalisation des informations implique que ne soient demandées que les informations à caractère personnel nécessaire à l'utilisation et au traitement des données.

Une trentaine d'articles a été publiée en 2020, comprenant treize articles pour les actualités de santé, et huit pour les actualités sociales. Trois numéros de la *Plateforme sanitaire et sociale* ont été publiés, en mai, juillet et octobre 2020 (cf. p.102).

Site internet de la PF2S



Site internet de *Normandie études observation*

Le site internet de la **Plateforme sanitaire et sociale de Haute-Normandie** a été archivé en 2018 tandis qu'a été mis en chantier celui de la **Plateforme d'observation sanitaire et sociale Normandie**.

La structure du site reste la même, son habillage a été complètement revu et le module d'inscription a été simplifié.

Le premier onglet, « **Actualités** », met en ligne les actualités de santé, du social et du médico-social de la région, mais aussi du niveau national, européen, voire mondial.

Le deuxième onglet « **Plateforme** », présente l'objet de la Plateforme sanitaire et sociale.

Le troisième onglet, « **Publications** », permet de visualiser et télécharger l'ensemble des productions de la *Plateforme*, à la fois en version intégrale mais également par chapitre ou article. Ainsi s'y trouvent les documents complets des publications et les lettres d'information. De plus, chaque article ou chapitre de ces documents peut être téléchargé de manière isolée.

Un moteur de recherche par mots-clés, accessible à droite de l'écran, permet de sélectionner les documents demandés. Dans cette partie se trouvent aussi les présentations des communications effectuées lors des journées annuelles.

Enfin, un dernier onglet, « **Données** » donne accès à une base de données d'indicateurs ouverte aux seuls membres de la plateforme.

Pour répondre aux exigences du RGPD, le module d'inscription a été simplifié. En effet, le principe de minimalisation des informations implique que ne soient demandées que les informations à caractère personnel nécessaire à l'utilisation et au traitement des données.

Le site a été ouvert à l'occasion de l'inauguration de la plateforme sanitaire et sociale le 29 mai 2019. Soixante-douze articles d'actualité ont été publiés, soit trente-six pour les actualités sociales, trente-quatre pour les actualités de santé et deux pour les actualités médico-sociales.

Juin 2020

Introduction

Une nouvelle lettre de la plateforme NEO dans un contexte de crise sanitaire

Zoom sur les travaux des partenaires de la plateforme

- L'offre de soins dans l'ouest de la Normandie - Identifier les inégalités territoriales en matière de santé

- Circé - Catalogue Interactif Régional de Consultation des Études

- Plateforme Med'Instal

Dossier thématique : les travaux prioritaires de la plateforme

- Chiffres clés en région
- Projets territoriaux de santé mentale (PTSM)
- Témoignage d'un acteur de terrain

- Santé mentale et travail - un aperçu de la santé mentale des travailleurs en Normandie à partir du dispositif *EVREST*
- Santé mentale des jeunes accueillis en mission locale - retour sur l'enquête santé en mission locale en Normandie
- Santé mentale et impact du covid-19, les dispositifs d'observation

Lus pour vous

- En Normandie
- En France

Dispositifs nationaux

Enquête établissements et services en faveur des adultes et familles en difficulté sociale

Dispositifs européens

Épidémies : une surveillance européenne

Agenda

La lettre d'information Info permet de mieux comprendre les problématiques sociales et sanitaires de Normandie et d'apporter un éclairage utile aux décideurs locaux. En 2020, deux numéros de la lettre ont été réalisés (cf. illustrations ci-dessous).



Décembre 2020

Introduction

Les travaux de la Plateforme NEO, point d'étape

Zoom sur les travaux des partenaires de la plateforme

- Observatoire dématérialisé sur les personnes âgées de l'Eure
- Le médicobus, une offre de soins mobiles pour améliorer l'accès à la santé des habitants de l'Est de l'Orne

Dossier thématique : les jeunes normands

- Chiffres clés en région
- Retour sur la politique régionale menée en faveur de la jeunesse
- Analyse de la situation du phénomène prostitutionnel chez les 15-25 ans
- La santé des jeunes normands - Retour sur l'enquête santé en mission locale

- Les PAEJ de Normandie - état des lieux
- Les dispositifs d'observation en région : perspectives de travaux

Lus pour vous

- En Normandie
- En France

Dispositifs nationaux

- Le SIG Ville
- Le service national universel

Dispositifs européens

Nouveau tableau de bord de l'OMS permettant de quantifier et de visualiser les mesures anti-COVID-19 prises par les pays européens

Agenda

Lettre d'information de la *Plateforme sanitaire et sociale* Hauts-de-France

La lettre d'information permet de mieux comprendre les problématiques sociales et sanitaires des Hauts-de-France et d'apporter un éclairage utile aux décideurs locaux. En 2020, trois numéros de la lettre ont été réalisés.

L'objectif de la *Plateforme sanitaire et sociale* est un partage d'informations et d'études entre les partenaires, principaux acteurs locaux de l'action sociale : services de l'État, établissements publics, collectivités locales, organismes de protection sociale, secteur associatif. La lettre d'information en constitue le principal vecteur.

Selon la charte de partenariat de la *Plateforme sanitaire et sociale* Hauts-de-France, le Groupe projet fait office de comité de rédaction. Il revient au comité de pilotage de définir la ligne éditoriale de la parution et la thématique des *focus*, tandis que le Groupe projet est chargé de l'élaboration technique des numéros.

En 2020, trois numéros ont été réalisés : le premier en mai, le deuxième en juillet et le troisième en octobre. Ci-contre sont présentées les thématiques qui les composent et les visuels des premières pages.

RÉGION

N°8 Logement, illettrisme et centres sociaux ; Nouveau zonage pour les médecins généralistes ; Participation citoyenne, retour sur la journée de la *Plateforme* ; Quatre départements hauts-français pilotes pour l'enfance ; Une population en bonne santé c'est une région qui se porte bien ! ; Covid-19 : Surveillance ; Covid-19 : Morbidité ; Covid-19 : Mortalité

N°9 Enquêtes *ad hoc* ARS Covid-19 ; Conséquences de la Covid-19 sur l'ESS ; Prédice, déploiement haut débit ; Les EPCI face à la mortalité

N°10 Droit des usagers 2020 ; Numérique en commun ; Production durable en Hauts-de-France ; Panorama statistique Hauts-de-France

FOCUS

N°8 *Territoires démonstrateurs* Bassin minier ; Nouvel hôpital à Lens ; Sambre-Avesnois-Thiérache ; Les territoires démonstrateurs Rev3

N°9 Groupes de travail de la *Plateforme* Habitat-logement ; *Minima* sociaux ; Économie sociale et solidaire ; Indicateurs composites ; Club des observatoires ; Médico-social

N°10 La santé dans les villes et intercommunalités ; De la définition de la ville et de l'urbain ; Les ateliers santé ville ; Cartographie de la santé dans la ville ; Villes-santé de l'OMS ; Le plaidoyer santé des petites villes

LUS POUR VOUS

N°8 Études & résultats : Numérique et médecins ; Parcours des étudiants ; Questions d'économie de la santé : Mesurer les inégalités

N°9 Appui au déconfinement : Profil de territoire ; Les conditions de vie des bénéficiaires de *minima* sociaux et de la prime d'activité fin 2018 ; Suicide : Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information

N°10 Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire ; Premier avis relatif à l'évaluation du service sanitaire des étudiants de santé ; Déploiement de la 5G en France et dans le monde : aspects techniques et sanitaires

À LIRE

N°8 Rapport annuel de l'autorité environnementale

N°9 Covid-19 et santé mentale

N°10 EDP-Santé

NATIONAL

N°8 L'état du mal-logement en France ; Handicap : 5^e conférence nationale

N°9 Plan cancer 2014-2019

N°10 Ségur de la santé ; Covid-19

EUROPE

N°8 Interreg a 30 ans d'âge

N°9 Épidémies sous surveillance de l'Europe

N°10 Eurofound scrute la qualité de vie des Européens

AGENDA



Interventions

9 janvier 2020, Nogent-sur-Oise

Céline Thienpont-Bouré, Martine Rodriguès, Alain Trugeon

Collège Marcellin Berthelot - Présentation Jesais

10 février 2020, Barentin

Philippe Lorenzo, Nadège Thomas, Alain Trugeon

CC Caux-Austreberthe - Installation Plan santé

2 mars 2020, Rue

Sylvie Bonin, Alain Trugeon

Cité scolaire du Marquenterre - Présentation Jesais

9 mars 2020, Paris

Nadège Thomas

Comité utilisateurs DCIR-PMSI

24 juin 2020, visioconférence

Nadège Thomas

Présentation de l'application Stop violences conjugales Normandie à la DGCS et DGOS

8 septembre 2020, Alençon

Nadège Thomas

*Groupe de travail départemental sur la santé -
Présentation de l'application Stop violences conjugales Normandie*

1^{er} octobre 2020, Alençon

Céline Thienpont-Bouré, Martine Rodriguès

Cité administrative - Présentation EnJEU Santé

5 octobre 2020, Cherbourg-en-Cotentin

Céline Thienpont-Bouré, Sylvie Bonin

Lycée Tocqueville - Présentation EnJEU Santé

6 octobre 2020, Saint-Hilaire-du-Harcouët

Céline Thienpont-Bouré, Sylvie Bonin

Lycée Lehec - Présentation EnJEU Santé

12 octobre 2020, Saint-Lô

Céline Thienpont-Bouré, Martine Rodriguès

Lycée Curie - Corot - Présentation EnJEU Santé

14 octobre 2020, Barentin

Philippe Lorenzo, Alain Trugeon

Mairie - Présentation du diagnostic de la CC Caux-Austreberthe

25 novembre 2020, Rouen

Nadège Thomas

Webinaire « La politique de lutte contre les violences de genre au sein du couple en Seine-Maritime : quelle déclinaison en Seine-Maritime ? »

Formations

28 janvier 2020, Bapaume

Sophie Debuissier, Nadège Thomas

*Formation à l'outil Agit dédié au Pôle Métropolitain
Artois Douaisis*

5 mars 2020, Rouen

Sophie Debuissier

*Formation à la base territoriale des indicateurs de
Neo*

6 mars 2020, Hérouville-Saint-Clair

Nadège Thomas

*Formation à la base territoriale des indicateurs de
Neo*

06, 11 et 18 août 2020, Visioconférence

Sophie Debuissier

*Formation aux outils de l'OR2S (Outil de calcul et
application cartographique)*

24 novembre 2020, Visioconférence

Nadège Thomas

*Formation à l'outil Agit dédié au conseil régional
Hauts-de-France*

Formation à l'utilisation de la Base territoriale des indicateurs

Pour accéder à la *Base territoriale des indicateurs* (cf. p. 78), les partenaires suivent une formation d'une demi-journée dispensée par l'OR2S. Une vingtaine de sessions de formation ont été organisées depuis la mise en place de cet outil.

L'objectif de cette formation est de permettre une bonne utilisation de l'outil de calcul et de présenter les données qui y sont intégrées. La demi-journée se déroule en deux temps. Le premier, théorique, consiste à présenter l'outil de calcul, son utilisation et les indicateurs disponibles. Le second, pratique, est dédié à sa manipulation, avec quelques exercices permettant de se familiariser avec l'outil et d'en mesurer toutes les possibilités. À la suite de la formation, après avoir signé un acte d'engagement et choisi un profil géographique, les participants se voient allouer un *login* et un mot de passe personnalisés.

Documents publiés (depuis 2018)

Mars 2018

Olivia Guérin, François Michelot
La santé sexuelle des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
ARS, OR2S, 8 p.

Avril 2018

François Michelot, Anne Lefèvre, Marguerite-Marie Defebvre, Brigitte Caron, Marie-Alexandra Divandary
Bilan gériatrique régional et du plan maladie neuro-dégénératives des Hauts-de-France - Activités 2016
ARS, OR2S, 150 p.

Alain Trugeon, Nadège Thomas
Communauté de communes des 7 Vallées : Portrait socio-sanitaire
Conseil régional, OR2S, 8 p.

Alain Trugeon, Nadège Thomas
Communauté de communes de la Thiérache du centre : Portrait socio-sanitaire
Conseil régional, OR2S, 8 p.

Mai 2018

Olivia Guérin, François Michelot
Les troubles nutritionnels en Normandie
ARS, CHU de Rouen, CHU de Caen, OR2S, 8 p.

Juin 2018

Anne Duchemin, Julien Kounowski, Philippe Lorenzo, Antoine Rehault, Julien Salingue, Christophe Trouillard, Alain Trugeon
Plateforme sanitaire et sociale Hauts-de-France
DRJSCS, Conseil régional, OR2S, 12 p.

Céline Thienpont, Nadège Thomas, Alain Trugeon, Hinde Tizaghti
Alimentation et activité physique auprès des usagers de l'aide alimentaire et/ou des CCAS
ARS, OR2S, 8 p.

Céline Thienpont, Nadège Thomas, Alain Trugeon, Hinde Tizaghti
Nutrition santé dans les Hauts-de-France - Alimentation et activité physique
ARS, OR2S, 4 p.

Juillet 2018

Cécile Gauthiez, Nadège Thomas, Philippe Lorenzo, Sophie Debuisser, François Michelot, Alain Trugeon
Communauté d'agglomération du Saint-Quentinois - État des lieux socio-sanitaire
Conseil régional Hauts-de-France, OR2S, 34 p.

Septembre 2018

Angélique Lefebvre, François Michelot, Laétitia Rollin
Que pensent les salariés normands de leur travail et de leur santé ?
ARS, Direccte, Carsat, CHU de Rouen, OR2S, 1 p.

Décembre 2018

Cécile Gauthiez, Nadège Thomas, Philippe Lorenzo, Sophie Debuisser, Maxime Pérot, Anne Lefèvre, François Michelot, Alain Trugeon
État des lieux socio-sanitaire - Bassin urbain à dynamiser
Conseil régional Hauts-de-France, OR2S, 60 p.

François Michelot, Anne Lefèvre, Marguerite-Marie Defebvre, Brigitte Caron, Marie-Alexandra Divandary
Bilan gériatrique régional et du plan maladie neuro-dégénératives des Hauts-de-France - Activités 2017
ARS, OR2S, 168 p.

Janvier 2019

Angélique Lefebvre, Muriel Raoult-Monestel, François Michelot, David Delasalle
Chiffres clés des services de santé au travail interentreprises de Normandie 2016
Direccte de Normandie, OR2S, 32 p.

François Michelot, Marc Khatchadourian, Gérard Bouvais, Camille Gregorio
Le réseau Information Jeunesse en Normandie
DRDJSCS de Normandie, OR2S, 12 p.

Rosa Courtois, Angélique Lefebvre, Jean-François Gehanno, Laétitia Rollin
La visite de pré-reprise avec notification de fin d'indemnités journalières : un facteur défavorable au maintien dans l'emploi ?
Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, Article en prépublication, disponible en ligne (Doi : 10.1016/j.admp.2018.11.004)

Mars 2019

Angélique Lefebvre, Laétitia Rollin, François Michelot
Conditions de travail et santé au travail : le point de vue des salariés normands
ARS, Direccte, Carsat, CHU de Rouen, OR2S, 8 p.

Avril 2019

François Michelot, Nadège Thomas, Olivia Guérin, Alain Trugeon
État des lieux sanitaire de la Métropole Rouen Normandie
Métropole Rouen Normandie, OR2S, 32 p.

Christian Massot, Christoph Schweikardt, Philippe Lorenzo
Profil local de santé transfrontalier - Communauté d'agglomération Valenciennes Métropole - Péruwelz - Bernissart - Hensies - Quiévrain - Honnelles
Interreg GeDiDoT -BeVeGG, ARS, OR2S, Iweps, OSH, Province de Namur, Solidaris, Wallonie familles santé handicap AVIS, Centre d'éducation du patient, OFBS, Région Hauts-de-France, 24 p.

Marie-Paule Lerude, Laurent Chamagne, Pierre-Louis Molitor, Véronique Tellier
Profil local de santé transfrontalier - Communautés de communes Ardenne Rives de Meuse et Vallées et Plateau d'Ardenne - Communes de Couvin - Doische - Viroinval
Interreg GeDiDoT -BeVeGG, ARS, OR2S, Iweps, OSH, Province de Namur, Solidaris, Wallonie familles santé handicap AVIS, Centre d'éducation du patient, OFBS, Région Hauts-de-France, 24 p.

Mai 2019

Gérard Bouvais, Florian Cottebrune, Pascale Després, Valérie Desquesne, Philippe Lorenzo, François Michelot, Annabelle Yon
La lettre d'information Normandie études observation
DRJSCS, Conseil régional, ORS-Creai, OR2S, 8 p.

Juin 2019

Céline Thienpont-Bouré, Alain Trugeon
Jesais - Jeunes en santé indicateurs et suivi en 6^e dans l'académie d'Amiens et dans l'académie de Lille
ARS, Région Hauts-de-France, OR2S, région académique Hauts-de-France

Août 2019

Christian Massot, Christoph Schweikardt, Philippe Lorenzo
Profil local de santé transfrontalier - Métropole Européenne de Lille (MEL), Comines-Warneton, Mouscron, Estaimpuis et Tournai
Interreg GeDiDoT -BeVeGG, ARS, OR2S, Iweps, OSH, Province de Namur, Solidaris, Wallonie familles santé handicap AVIS, Centre d'éducation du patient, OFBS, Région Hauts-de-France, 24 p.

Christian Massot, Christoph Schweikardt, Philippe Lorenzo, Anne Lefèvre, Sophie Debuissier
Profil local de santé transfrontalier - Communauté de communes Pévèle Carembault, Tournai et Rumes
Interreg GeDiDoT -BeVeGG, ARS, OR2S, Iweps, OSH, Province de Namur, Solidaris, Wallonie familles santé handicap AVIS, Centre d'éducation du patient, OFBS, Région Hauts-de-France, 24 p.

Christian Massot, Christoph Schweikardt, Philippe Lorenzo, Anne Lefèvre, Sophie Debuissier
Profil local de santé transfrontalier - Communauté d'agglomération de La Porte du Hainaut Brunehaut - Antoing - Péruwelz
Interreg GeDiDoT -BeVeGG, ARS, OR2S, Iweps, OSH, Province de Namur, Solidaris, Wallonie familles santé handicap AVIS, Centre d'éducation du patient, OFBS, Région Hauts-de-France, 24 p.

Septembre 2019

Olivia Guérin, François Michelot, Nadège Thomas, Alain Trugeon
La santé des élèves de 6^e dans l'Académie de Rouen 2017-2018
OR2S, ARS de Normandie, Rectorat de Normandie, 8 p.

Christian Massot, Christoph Schweikardt, Philippe Lorenzo
Profil local de santé transfrontalier - Communauté de communes de Flandre Intérieure, Poperinge, Ypres et Heuvelland
Interreg GeDiDoT -BeVeGG, ARS, OR2S, Iweps, OSH, Province de Namur, Solidaris, Wallonie familles santé handicap AVIS, Centre d'éducation du patient, OFBS, Région Hauts-de-France, 24 p.

Anne Lefèvre, Philippe Lorenzo, Christian Massot
Profil local de santé transfrontalier - Communauté de communes des Trois Rivières - Momignies
Interreg GeDiDoT -BeVeGG, ARS, OR2S, Iweps, OSH, Province de Namur, Solidaris, Wallonie familles santé handicap AVIS, Centre d'éducation du patient, OFBS, Région Hauts-de-France, 24 p.

Ahmed Balla Condé, Laurent Chamagne, Marion Courbil, Patrick Jouin, Véronique Tellier
Profil local de santé transfrontalier - Communautés de communes des Trois Rivières et Ardennes Thiérache Communes de Momignies, Chimay, Couvin
Interreg GeDiDoT -BeVeGG, ARS, OR2S, Iweps, OSH, Province de Namur, Solidaris, Wallonie familles santé handicap AVIS, Centre d'éducation du patient, OFBS, Région Hauts-de-France, 24 p.

Ahmed Balla Condé, Laurent Chamagne (ORSAS Grand Est), Marion Courbil, Véronique Tellier
Profil local de santé transfrontalier - Communauté d'agglomération Ardenne Métropole et Communauté de communes Vallées et Plateau d'Ardenne - Communes de Gedinne- Bièvre-Vresse-sur-Semois
 Interreg GeDiDoT -BeVeGG, ARS, OR2S, Iweps, OSH, Province de Namur, Solidaris, Wallonie familles santé handicap AVIS, Centre d'éducation du patient, OFBS, Région Hauts-de-France, 24 p.

Ahmed Balla Condé, Laurent Chamagne, Marion Courbil, Patrick Jouin, Véronique Tellier
Profil local de santé transfrontalier - Communauté de communes Ardenne Rives de MeuseCommunes de Hastière, Dinant, Houyet, Beauraing
 Interreg GeDiDoT -BeVeGG, ARS, OR2S, Iweps, OSH, Province de Namur, Solidaris, Wallonie familles santé handicap AVIS, Centre d'éducation du patient, OFBS, Région Hauts-de-France, 24 p.

Octobre 2019

François Michelot, Anne Lefèvre, Marguerite-Marie Defebvre, Brigitte Caron, Marie-Alexandra Divandary, Liana Iacob
Bilan gériatrique régional et du plan maladie neuro-dégénératives des Hauts-de-France - Activités 2017
 ARS, OR2S, 202 p.

Décembre 2019

Anne Lefèvre, Philippe Lorenzo, Christian Massot
Profil local de santé transfrontalier - Communauté de communes du Pays de Mormal - Honnelles, Dour, Frameries, Quévy
 Interreg GeDiDoT -BeVeGG, ARS, OR2S, Iweps, OSH, Province de Namur, Solidaris, Wallonie familles santé handicap AVIS, Centre d'éducation du patient, OFBS, Région Hauts-de-France, 24 p.

Anne Lefèvre, Philippe Lorenzo, Christian Massot
Profil local de santé transfrontalier - Communauté d'agglomération Maubeuge - Val de Sambre - Quévy, Beaumont, Erquelines, Estinnes
 Interreg GeDiDoT -BeVeGG, ARS, OR2S, Iweps, OSH, Province de Namur, Solidaris, Wallonie familles santé handicap AVIS, Centre d'éducation du patient, OFBS, Région Hauts-de-France, 24 p.

Anne Lefèvre, Philippe Lorenzo, Christian Massot
Profil local de santé transfrontalier - Communauté de communes du Cœur de l'Avesnois - Sivry-Rance
 Interreg GeDiDoT -BeVeGG, ARS, OR2S, Iweps, OSH, Province de Namur, Solidaris, Wallonie familles santé handicap AVIS, Centre d'éducation du patient, OFBS, Région Hauts-de-France, 24 p.

Anne Lefèvre, Philippe Lorenzo, Christian Massot
Profil local de santé transfrontalier - Communauté de communes Sud-Avesnois - Sivry-Rance - Chimay - Momignies
 Interreg GeDiDoT -BeVeGG, ARS, OR2S, Iweps, OSH, Province de Namur, Solidaris, Wallonie familles santé handicap AVIS, Centre d'éducation du patient, OFBS, Région Hauts-de-France, 24 p.

Mai 2020

Marie Chastel, Anne Duchemin, Julien Kounowski, Philippe Lorenzo, Grégory Marlier, Nadia Rouache, Julien Salingue, Christophe Trouillard, Alain Trugeon, David Verloop
Plateforme sanitaire et sociale Hauts-de-France
 DRJSCS, ARS, Conseil régional, OR2S, 16 p.

Avril 2020

Céline Thienpont-Bouré, Alain Trugeon
Jesais - Jeunes en santé indicateurs et suivi en 6^e dans l'académie d'Amiens et dans l'académie de Lille
 ARS, Région Hauts-de-France, OR2S, région académique Hauts-de-France

Céline Thienpont-Bouré, Alain Trugeon
Jesais - Jeunes en santé indicateurs et suivi - La santé des élèves de 2^e dans l'académie d'Amiens et dans l'académie de Lille
 ARS, Région Hauts-de-France, OR2S, région académique Hauts-de-France

Céline Thienpont-Bouré, Alain Trugeon
EnJEU Santé - Enquêtes auprès des JEUnes sur la santé en 6^e
 ARS Normandie, OR2S, Académie Normandie

Juin 2020

Philippe Lorenzo, Annabelle Yon
Normandie études observation
 Préfet de la région Normandie, DRDJSCS, ARS, Région Normandie, OR2S, 16 p.

Juillet 2020

Marie Chastel, Anne Duchemin, Julien Kounowski, Philippe Lorenzo, Grégory Marlier, Nadia Rouache, Julien Salingue, Christophe Trouillard, Alain Trugeon, David Verloop, Leslie Verrougstraete
Plateforme sanitaire et sociale Hauts-de-France
 DRJSCS, ARS, Conseil régional, OR2S, 12 p.

Octobre 2020

Cécile Bogucki, Marie Chastel, Anne Duchemin, Philippe Lorenzo, Grégory Marlier, Nadia Rouache, Julien Salingue, Christophe Trouillard, Alain Trugeon, David Verloop
Plateforme sanitaire et sociale Hauts-de-France
DRJSCS, ARS, Conseil régional, OR2S, 12 p.

Grégoire Preud'homme, Céline Thienpont-Bouré, Nadège Thomas, Alain Trugeon
Jesais - Jeunes en santé indicateurs et suivi
La santé des élèves de sixième dans les Hauts-de-France
Comparaisons démographiques en 2018-2019
ARS, Région Hauts-de-France, OR2S, région académique Hauts-de-France, 8 p.

Mahdi-Salim Saïb, Sophie Debuissier, Philippe Lorenzo, Nadège Thomas, Alain Trugeon, Sylvie Bonin
Communauté de communes Caux Austreberthe - État des lieux socio-sanitaire
Communauté de communes Caux Austreberthe, OR2S, 70 p.

Novembre 2020

Grégoire Preud'homme, Céline Thienpont-Bouré, Nadège Thomas, Alain Trugeon
Jesais - Jeunes en santé indicateurs et suivi
La santé des élèves de seconde dans l'académie d'Amiens 2015-2019 à 2018-2019
ARS, Région Hauts-de-France, OR2S, région académique Hauts-de-France, 12 p.

Décembre 2020

Philippe Lorenzo
Livre blanc pour le Pôle Métropolitain Artois Douaisis - 11 propositions pour agir en santé
Pôle Métropolitain Artois Douaisis, Région Hauts-de-France, OR2S, 84 p.

Mars 2021

Céline Thienpont-Bouré, Léo Noiret, Nadège Thomas, Alain Trugeon
EnJEUsanté - La santé des élèves de sixième dans l'académie normandie en 2018-2020
Académies de Normandie, ARS Normandie, OR2S, 8 p.

Alain Trugeon, Nadège Thomas, Léo Noiret, Sylvie Bonin, Martine Rodriguès
Quel changement la covid-19 a entraîné au quotidien ? Pour les élèves de sixième et de seconde
Académies Amiens, Lille, ARS Hauts-de-France, Région Hauts-de-France, OR2S, 4 p.

Alain Trugeon, Nadège Thomas, Léo Noiret, Sylvie Bonin, Martine Rodriguès
Comparaison de la situation 2020-2021 versus 2019-2020 portant sur le comportement et la vie des élèves de 6^e
Académies Amiens, Lille, ARS Hauts-de-France, Région Hauts-de-France, OR2S, 8 p.

Philippe Lorenzo
Programme santé du Pôle Métropolitain Artois Douaisis - fiches actions
Pôle Métropolitain Artois Douaisis, Région Hauts-de-France, OR2S, 64 p.

Alain Trugeon, Sophie Debuissier, Cécile Gauthiez, Nadège Thomas, Philippe Lorenzo, Mahdi-Salim Saïb, Sylvie Bonin
Pôle Métropolitain Artois Douaisis - État des lieux socio-sanitaire
Pôle Métropolitain Artois Douaisis, Région Hauts-de-France, OR2S, 76 p.

Cécile Bogucki, Marie Chastel, Anne Duchemin, Philippe Lorenzo, Grégory Marlier, Nadia Rouache, Julien Salingue, Christophe Trouillard, Alain Trugeon, David Verloop
Plateforme sanitaire et sociale Hauts-de-France
Conseil régional, Conseil départemental du Nord, Institut catholique de Lille, DRJSCS, ARS, OR2S, 12 p.

SIGLAIRE & TABLE DES MATIÈRES

Siglaire A à EP

| | | |
|---|---|---|
| AAH : Allocation aux adultes handicapés | CCIAS : Centre intercommunal d'action sociale | Creai : Centre régional d'études, d'actions et d'informations |
| Adeli : Automatisation des listes | CCES : Commission de certification des établissements de santé | Criann : Centre régional informatique et d'applications numériques de Normandie |
| ADMP : Archives des maladies professionnelles et de l'environnement | CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole | Croct : Comité régional des conditions de travail |
| ADSMHAD 80 : Association départementale des services de maintien et d'hospitalisation à domicile de la Somme | CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm) | CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie |
| AFCDP : Association française des correspondants à la protection des données | Ceser : Conseil économique, social et environnemental régional | CSV : <i>Comma-separated values</i> |
| AG : Assemblée générale | CH : Centre hospitalier | DADS : Déclaration annuelle des données sociales |
| Agit : Application de gestion de données des indicateurs territorialisés | CHRU : Centre hospitalier régional universitaire | DAO : Dessin assisté par ordinateur |
| AHRQ : <i>Agency for healthcare research and quality</i> | CHU : Centre hospitalier universitaire | DCIR : Datamart de consommation inter-régime |
| ALD : Affections de longue durée | Cifre : Convention industrielle de formation par la recherche | DDCS : Direction départementale de cohésion sociale |
| ANSP : Agence nationale de santé publique - Santé publique France (remplace InVS, Inpes et Eprus depuis le 1 ^{er} mai 2016) | Cil : Correspondant informatique et libertés | DGCS : Direction générale de la cohésion sociale |
| Aract : Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail | Cim : Classification internationale des maladies | DGOS : Direction générale de l'offre de soins |
| Arianes : Association pour la recherche en imagerie avancées en neurosciences et santé mentale | Cire : Cellule d'intervention en région de Santé publique France | DGS : Direction générale de la santé |
| ARS : Agence régionale de santé | CMD : Catégorie majeure de diagnostic | DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (remplacée par la DGOS) |
| Asip-Santé : Agence des systèmes d'information partagée en santé | CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire | Dim : Département d'information médicale |
| Atih : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation | Cnaf : Caisse nationale d'allocations familiales | Direccte : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi |
| Bef : Bassin d'éducation et de formation | Cnam : Caisse nationale d'assurance maladie | Doi : <i>Digital object identifier</i> |
| BRSP : Base régionale de santé publique | Cnil : Commission nationale de l'informatique et des libertés | DPD : Délégué(e) à la protection des données |
| BTI : Base territoriale des indicateurs | CNRSI : Caisse nationale du régime social des indépendants | DRDJSCS : Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale |
| CA (1) : Conseil d'administration | CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie | Dreal : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement |
| CA (2) : Communauté d'agglomération | Copil : Comité de pilotage | Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques |
| Caf : Caisse d'allocations familiales | Corevih : Comité de coordination régionale de la lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine | Dreets : Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités |
| Carsat : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail | Cpam : Caisse primaire d'assurance maladie | DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale |
| CAST : <i>Cannabis Abuse Screening Test</i> | CPO : Convention pluriannuelle d'objectifs | Ehpad : Établissement hébergement pour personnes âgées dépendantes |
| CC : Communauté de communes | CR : Conseil régional | EnJEU Santé : Enquête auprès des JEUnes sur la Santé |
| CCAS : Centre communal d'action sociale | Crea : Communauté d'agglomération de Rouen-Elbeuf-Austreberthe | EPCI : Établissement public de coopération intercommunale |

Siglaire ER à SIN

- Eri** : Équipe de recherche Inserm
Esa : Équipe spécialisée Alzheimer
ESS : Économie sociale et solidaire
ETP : Équivalent temps plein
Evrest : Évolutions et relations en santé au travail
Fas : Fédération des acteurs de la solidarité
Feder : Fonds européen de développement régional
Finess : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
Fnors : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
FSE : Fonds social européen
GeDiDoT : Gestion et diffusion de données transfrontalières
Gimp : GNU'S Not Unix Image manipulation program
Gis : Groupement d'intérêt scientifique
Go : Giga octets
GPRO : Groupement permanent régional d'orientation des conditions de travail
GPS : *Global Positioning System*
Grap : Groupe de recherche sur l'alcool et les pharmacodépendances
HAD : Hospitalisation à domicile
HPE : Hospitalisation potentiellement évitable
https : *Hypertext transfer protocole secure*
IDE : *Infirmière diplômée d'état*
INCa : Institut national du cancer
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS : Institut de veille sanitaire (devenue ANSP depuis le 1^{er} mai 2016)
Inpes : Institut de prévention et d'éducation pour la santé
Ireps : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
ISBN : *International standard book number*
- ISSN** : *International standard serial number*
ISTNF : Institut de santé au travail du Nord de la France
IVG : Interruption volontaire de grossesse
Iweps : Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique
Jesais : Jeunes en santé, indicateurs et suivi
km : Kilomètre
Maia : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie
MCO : Médecine, chirurgie et obstétrique
MCP : Maladies à caractère professionnel
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
MSA : Mutualité sociale agricole
N : Normandie
Nas : *Network attached storage*
NEO : Normandie études observation
NOTRe : Nouvelle organisation territoriale de la République
OCDE : Organisation de coopération et de développement économique
OFBS : Observatoire franco-belge de la santé
OMS : Organisation mondiale de la santé
OR2S : Observatoire régional de la santé et du social
ORS : Observatoire régional de la santé
OSRM : *Open source routine machine*
PAEJ : Point accueil écoute jeunesse
PIA : *Privacy Impact Assessment*
PAO : Publication assistée par ordinateur
Pasa : Pôles d'activités et de soins adaptés
Pass : Plan d'action sanitaire et social
PC : *Personal Computer*
PCS : Professions et catégories socioprofessionnelles
PDF : *Portable Document Format*
PFIDASS : Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé
- PF2S** : *Plateforme sanitaire et sociale*
PFR : Plateforme de répit
PMAD : Pôle métropolitain Artois Douaisis
PMND : Plan des maladies neurodégénératives
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPS : Prévention et promotion de la santé
PRS (1) : Projet régional de santé
PRS (2) : Pôle régional des savoirs
PSSI : Politique des systèmes de sécurité des informations
PRST : Plan régional santé au travail
PTSM : Projets territoriaux de santé
Raf : Rapport administratif et financier
Ram : *Random Access Memory*
ReDSiam : Réseau pour mieux utiliser les données du SNDS
RGPD : Règlement général de la protection des données
Rim-P : Recueil d'information médicalisée en psychiatrie
RP : Recensement de la population
RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé
RSA : Revenu de solidarité active
RSSI : Responsable de la sécurité des systèmes d'information
SAE : Statistique annuelle des établissements
SCORE-Santé : Site commun d'observation régionale en santé
Sesi : Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (ministère chargé de la santé a été remplacé par la Drees)
Sgar : Secrétaire général aux affaires régionales
SIG : Système d'information géographique
Sintel : Sous-direction informatique et télécommunication (ministère chargé de la santé)
SNDS : Système national des données de santé

Siglaire SNI à W

Sniiram : Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie

Spad : Système portable pour l'analyse des données numériques

SQL : *Structured Query Language*

Sraddet : Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires

SSR : Soins de suite et de réadaptation

Statiss : Statistiques et indicateurs de la santé et du social

T2A : Tarification à l'activité

To : Teraoctets

UFSBD : Union française pour la santé bucco-dentaire

UMS Riate : Unité mixte de service réseau interdisciplinaire pour l'aménagement et la cohésion des territoires de l'Europe et de ses voisinages

URPS : Union régionale des professionnels de santé

Wifi : *Wireless Fidelity*

Table des matières

SOMMAIRE

PRÉAMBULE

2022 déjà en ligne de mire

HISTORIQUE, MISSIONS, PARTENAIRES

Historique

Missions

Partenaires

CONSEIL D'ADMINISTRATION & BUREAU

18 membres de droit

17 membres élus

Le Bureau

LOCAUX & PERSONNEL

Locaux

Personnel

Pôle administratif

Pôle informatique

Pôle études et bases de données

MOYENS TECHNIQUES

Hardware

Software

Autres matériels internes et externes

ASPECTS FINANCIERS

Évolution du budget et des financeurs

| | | | |
|-------|--|-------|---|
| p. 3 | ACTIVITÉ & TEMPS | | |
| | Personnel et horaires de travail | p. 35 | Covid-19, enquête Roubaix |
| | Heures effectuées en 2020 suivant le projet | p. 36 | État de santé bucco-dentaire |
| p. 7 | Évolution des heures travaillées | | p. 64 |
| | suivant la nature de l'activité | p. 37 | Bilan gériatrique / Plan des maladies neuro-dégénératives |
| | | | p. 65 |
| | | | p. 66 |
| | | | p. 67 |
| | | | p. 68 |
| p. 11 | AU QUOTIDIEN | | |
| p. 11 | Gestion | p. 41 | Valorisation des données de santé au travail |
| p. 11 | Réunions - Formations | p. 41 | CC Caux-Austreberthe |
| | Savoir, faire, savoir faire et faire savoir | p. 41 | EnJEU Santé |
| | | | SCORE-Santé |
| | | | Formation à la sécurité |
| | | | des systèmes d'information |
| | | | Covid-19 Profils territoriaux |
| p. 15 | PÔLE SANTÉ | | |
| p. 16 | Mortalité | p. 45 | |
| p. 17 | Morbidité - Affections de longue durée | p. 46 | |
| | Morbidité - Hospitalisation | p. 47 | |
| | Système national des données de santé (SNDS) | p. 48 | PÔLE SOCIAL |
| | Professionnels de santé | p. 49 | Données de nature sociale |
| p. 21 | Offre en établissements de soins et services | p. 50 | Base territoriale des indicateurs |
| p. 21 | Covid-19, quels impacts ? | p. 51 | Plateforme Hauts-de-France |
| p. 22 | Observatoire santé environnement | p. 52 | Normandie Études et observation |
| p. 22 | Géopolitique de la santé | p. 53 | Aide alimentaire Seine-Maritime |
| p. 23 | Territoires témoins | p. 54 | Aide alimentaire Normandie |
| | Bassin minier | p. 55 | Stop violences conjugales Normandie |
| | Diagnostics | p. 56 | |
| | Pôle métropolitain Artois Douaisis | p. 57 | RECHERCHE & DÉVELOPPEMENTS |
| p. 27 | MSA | p. 58 | RGPD et DPD |
| p. 27 | Baromètre santé | p. 59 | Politique de sécurité |
| | Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel | | des systèmes d'information |
| p. 31 | Atlas santé travail | p. 60 | Outil de calcul |
| | Jeunes en santé, indicateurs et suivi | p. 61 | Application de gestion des indicateurs territorialisés (Agit) |
| | | p. 62 | |

Table des matières

| | |
|---|-------|
| Cartographie | p. 91 |
| Questionnaire | p. 92 |
| Entretiens collectifs, ou <i>focus groups</i> | p. 93 |
| Enquêtes quantitatives | p. 94 |
| Lissage géographique et calcul de temps d'accès | p. 95 |

COMMUNICATION & DOCUMENTATION

| | |
|---|--------|
| Site internet de l'OR2S | p. 99 |
| La chaîne <i>YouTube</i> | p. 99 |
| Site internet de la <i>Plateforme sanitaire et sociale</i> Hauts-de-France | p. 100 |
| Site internet de <i>Normandie études observation</i> | p. 101 |
| Lettre d'information de la <i>Plateforme sanitaire et sociale</i> Hauts-de-France | p. 102 |
| Interventions | p. 103 |
| Formations | p. 104 |
| Documents publiés (depuis 2018) | p. 105 |

SIGLAIRE & TABLE DES MATIÈRES

| | |
|----------------------|--------|
| Siglaire de A à EP | p. 111 |
| Siglaire de ER à SND | p. 112 |
| Siglaire de SNI à W | p. 113 |
| Table des matières | p. 114 |

Copyrights

Logiciels

Microsoft Excel de Microsoft®

Adobe In Design™ de Adobe System Incorporated

Adobe Illustrator™ de Adobe System Incorporated

Adobe Photoshop™ de Adobe System Incorporated

Polices de caractères

Adelle Basic®

Helvetica Neue LT Std®

Museo Slab®

Réalisation

Mac OS Mojave

Imprimante Canon C5540

Siège social

Faculté de médecine
3, rue des Louvels
80036 Amiens Cedex 1
Tél : 03 22 82 77 24
Fax : 03 22 82 77 41

Antennes

145, route de Paris - 80000 Amiens
Tél : 03 22 95 82 63

L'Atrium
115, boulevard de l'Europe - 76100 Rouen
Tél : 07 71 13 79 32

Adresses électroniques (e-mail) : info@or2s.fr / infon@or2s.fr

Sites internet : www.or2s.fr et www.pf2s.fr

Directrice de la publication : D^r Élisabeth Lewandowski

Ce document a été réalisé par toute l'équipe et le bureau de l'OR2S. Il repose sur les différentes productions effectuées au cours de l'année. Celles-ci sont pour la plupart téléchargeables sur les sites internet de l'OR2S ou des Plateformes.

Imprimé en mai 2021 à l'observatoire régional de la santé et du social

Un faire savoir diversifié...

...sites, vidéos...

...et tous documents adaptés : rapports, plaquettes, présentations assistées...

